

José Manuel Barbosa Teixeira

***BURNOUT* E QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
EM CONTEXTO HOSPITALAR DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS**

Dissertação de Mestrado apresentada para a obtenção  
do grau de Mestre em Cuidados Paliativos, sob a  
orientação do Professor Doutor Tiago Paredes

**Faculdade de Medicina da Universidade do Porto  
3º Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos  
Porto, 2013**

“Os que vão morrer ensinam-nos a viver”

(Hennezel, 1993)

## **Agradecimentos**

À família, que mais que um conjunto de pessoas do mesmo sangue ou semelhantes por aliança, foi um assento para esta longa e difícil caminhada realizada por distintos obstáculos mas superada com imenso vontade e brio.

Ao meu orientador, Professor Doutor Tiago Paredes, pela disponibilidade, apoio e conhecimentos partilhados neste percurso, mas sobretudo, pela constante firmeza, motivação, confiança e profissionalismo demonstrado em todos os momentos.

Aos amigos e colegas, que foram pintando e completando este capítulo.

Aos profissionais de saúde pela dedicação, prontidão e compreensão na resposta aos questionários, porque sem eles esta investigação não era executável.

Por fim, à minha esposa pela imensa dedicação e compreensão e até mesmo exaustão que passou em momentos deste percurso.

# ÍNDICE

RESUMO .....	9
ABSTRACT .....	12
INTRODUÇÃO .....	14
PARTE I – ENQUADRAMENTO .....	16
CAPÍTULO 1 – <i>Burnout</i> .....	17
1.1 - Conceptualização .....	17
1.2 - Fatores Antecedentes .....	19
1.3 - Consequências .....	22
CAPÍTULO 2 – Qualidade de Vida .....	25
2.1- Concetualização .....	25
2.2- Determinantes da Qualidade de Vida .....	28
CAPÍTULO 3 – <i>Burnout e Qualidade de Vida em Profissionais de Saúde</i> .....	34
3.1 - A atividade profissional em contextos de saúde e suas implicações para o <i>burnout</i> e Qualidade de Vida .....	34
3.2 - Determinantes do <i>burnout</i> e Qualidade de Vida em profissionais de saúde .....	36
3.3 - <i>Burnout</i> e qualidade de vida em profissionais de saúde em cuidados paliativos oncológicos .....	39
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO .....	44
CAPÍTULO 4 – Objetivos e Metodologia .....	45
4.1 - Fundamentação .....	45
4.2 - Objetivos .....	46
4.3 - Metodologia .....	46
4.3.1 – Amostra .....	46
4.3.2 - Procedimentos de recolha e análise de dados .....	47
4.3.3 - Instrumentos de avaliação .....	47
CAPÍTULO 5 - Resultados .....	52
5.1 - Caracterização da amostra .....	52
5.2 - <i>Burnout</i> e qualidade de vida em profissionais de saúde em cuidados paliativos .....	53
5.3 - Satisfação no trabalho de profissionais de saúde em cuidados paliativos .....	57
5.4 - Determinantes do <i>burnout</i> de profissionais de saúde em cuidados paliativos .....	58
5.5 - Determinantes da qualidade de vida de profissionais de saúde em cuidados paliativos .....	60
PARTE III - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES .....	65

CAPÍTULO 6 – Síntese dos Resultados, Discussão e Implicações.....	66
6.1 – Síntese e discussão dos resultados .....	66
6.2 - Limitações e implicações práticas .....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	73

## LISTA DAS TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas e profissionais do grupo de profissionais de saúde.....	52
Tabela 2. Comparação entre os profissionais de saúde em Cuidados Paliativos e os indivíduos da população geral nas variáveis sociodemográficas .....	53
Tabela 3. Burnout dos profissionais dos Cuidados Paliativos e da população geral nos diferentes domínios.....	54
Tabela 4. Comparação dos três grupos de profissionais de saúde nas variáveis sociodemográficas e relativas ao contexto profissional .....	55
Tabela 5. Efeito do tipo de grupo nas diferentes dimensões do Burnout.....	55
Tabela 6. Comparação dos três grupos profissionais nos níveis de Burnout.....	56
Tabela 7. Efeito do tipo de grupo na percepção da QdV .....	57
Tabela 8. Efeito do tipo de grupo na percepção de QdV .....	57
Tabela 9. Efeito do tipo de grupo nos níveis de Satisfação no Trabalho .....	58
Tabela 10. Correlações entre as variáveis em estudo (Burnout) .....	59
Tabela 11. Papel determinante das variáveis sociodemográficas e profissionais nas diferentes dimensões do Burnout (modelos finais) .....	60
Tabela 12. Papel determinante da satisfação profissional nas diferentes dimensões do Burnout (modelos finais) .....	60
Tabela 13. Correlações entre as variáveis em estudo (QdV) .....	61
Tabela 14. Papel determinante da satisfação profissional nas diferentes dimensões e faceta geral da QdV (modelos finais) .....	63
Tabela 15. Papel determinante dos estilos de <i>coping</i> nas diferentes dimensões e faceta geral da QdV (modelos finais) .....	63
Tabela 16. Papel determinante do Burnout nas diferentes dimensões da QdV (modelos finais) .....	64

## LISTA DOS QUADROS

Quadro 1. Tipologia da Qualidade de Vida (Veenhoven, 2000) .....	27
Quadro 2. Níveis de Burnout .....	48
Quadro 3. Domínios e facetas do WHOQOL-Bref .....	49
Quadro 4. Dimensões do questionário de Satisfação com a Prática Profissional .....	50
Quadro 5. Escalas do Brief COPE e sua definição.....	51

## LISTA DAS ABREVIATURAS

MBI-HSS | *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey*

OMS | Organização Mundial de Saúde

QdV | Qualidade de Vida

SPSS | *Statistical Package for Social Sciences*

STS | *Stress Traumático Secundário*

UCIP | Unidade Cuidados Intensivos Polivalente

WHO | *World Health Organization*

WHOQOL-Bref | *WHO Quality of Life-BREF*

## RESUMO

**Introdução:** Os profissionais de saúde dos Cuidados Paliativos são considerados um grupo de risco em termos de desenvolvimento de *burnout*, na medida em que convivem diariamente com a doença, o sofrimento e a morte. Trata-se de um problema psicossocial deveras preocupante porque acarreta diversas consequências nefastas não só para o indivíduo, como a redução da sua qualidade de vida (QdV) mas também para o paciente e toda a organização envolvente.

Considerando a escassez de estudos que abordam o *burnout* e QdV de profissionais de saúde em exercício de funções nos Cuidados Paliativos em contexto hospitalar oncológico, procurou-se avaliar o *burnout* e a QdV destes profissionais, bem como os seus determinantes sociodemográficos, relativos ao contexto profissional e à satisfação no trabalho e psicossociais.

**Método:** A metodologia adotada neste estudo transversal passou pelo recrutamento de uma amostra de profissionais de saúde a trabalhar numa unidade de Cuidados Paliativos oncológicos em contexto hospitalar (n=22), bem como de um grupo de controlo composto 15 profissionais de saúde a exercer em medicina intensiva e 9 na urgência. Foi ainda recrutado um grupo de 22 sujeitos pertencentes à população geral, pelo que a amostra global foi constituída por 68 sujeitos.

O protocolo de avaliação utilizado para recolha dos dados foi composto por diversos instrumentos, nomeadamente, pelo Inventário de *Burnout de Maslach*, pelo Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-Bref), pelo Questionário de Satisfação com a Pática Profissional, pelo Brief COPE, bem como por um questionário sociodemográfico para a recolha de informação pessoal e relativa à situação/contexto profissional dos sujeitos da amostra, nomeadamente dos profissionais de saúde.

Os dados foram recolhidos através de um questionário individual em duas Instituições Hospitalares públicas.

**Resultados:** De entre os diversos resultados encontrados destacam-se os seguintes, em relação ao *burnout*: (1) verificaram-se diferenças significativas entre o grupo dos profissionais dos Cuidados Paliativos e o grupo da população geral na dimensão exaustão emocional, apresentando os primeiros maiores níveis de exaustão; (2) a maioria dos profissionais de saúde, nos três grupos profissionais, manifestou baixos níveis de *burnout*, não tendo sido encontradas diferenças significativas entre os grupos nos níveis de *burnout*, nas três subescalas; (3) em relação aos determinantes do *burnout*, apenas a variável



Gostava de Exercer Outra Profissão e a dimensão da satisfação no trabalho Apoio da Hierarquia revelaram contribuir significativamente para a Realização Pessoal.

Em relação à QdV constatou-se que: (1) não existem diferenças significativas entre os profissionais de saúde dos Cuidados Paliativos e indivíduos da população geral; (2) embora os três grupos de profissionais de saúde não difiram significativamente na percepção de QdV, nas suas diferentes dimensões e QdV geral, os profissionais dos Cuidados Paliativos manifestam uma tendência para pontuações mais baixas essencialmente nos domínios físico, psicológico e QdV Geral; (3) relativamente aos determinantes da QdV, as várias dimensões da satisfação no trabalho influenciam significativamente os diferentes domínios da QdV e a QdV geral; (4) quanto aos estilos de coping, a reinterpretação positiva revelou-se um determinante significativo da dimensão ambiente da QdV, bem como da QdV geral; e (5) em relação ao papel determinante do *burnout* na QdV, apenas a Realização Pessoal parece afetar significativamente o domínio ambiente da QdV.

Por último, a comparação dos diferentes grupos de profissionais de saúde nas diferentes escalas do instrumento de avaliação da satisfação no trabalho não revelou um efeito significativo do tipo de grupo.

**Conclusão:** Os resultados encontrados na presente investigação evidenciam que os profissionais dos Cuidados Paliativos Oncológicos parecem revelar uma tendência para manifestarem uma maior Exaustão Emocional comparativamente aos indivíduos da população em geral e aos profissionais de saúde dos serviços de urgência e UCIP, o que se pode ficar a dever ao quotidiano numa unidade de Cuidados Paliativos oncológicos, propício ao desenvolvimento de desgaste emocional, físico e mental. Por sua vez, a constatação de que os profissionais dos Cuidados Paliativos parecem manifestar simultaneamente níveis mais elevados de exaustão emocional e de realização pessoal, pode resultar do facto de que a prática de medicina nesta área pode providenciar oportunidades de desenvolver uma carreira com enorme significado e satisfação.

Sendo a exaustão emocional um preditor significativo de consequências ao nível da saúde, nomeadamente de esgotamento, fadiga crónica, ansiedade, depressão, e queixas psicossomáticas, estes profissionais dos Cuidados Paliativos Oncológicos podem estar tendencialmente mais vulneráveis a um compromisso na sua QdV em geral. Com efeito, importa desenvolver estratégias capazes de prevenir o *burnout* e melhorar a QdV destes profissionais, nomeadamente, e considerando os determinantes destes outcomes, ao nível da organização e condições de trabalho, da supervisão e políticas organizacionais que reconheçam o mérito e do relacionamento interpessoal e trabalho em equipa, de modo a melhorar o ambiente psicossocial de trabalho.

Com este trabalho de investigação espera-se contribuir para uma melhor compreensão do *burnout* e QdV em profissionais de saúde, e especificamente naqueles que exercem a sua atividade em contexto de Cuidados Paliativos oncológicos, potenciando a sua avaliação e o recurso a estratégias eficazes de prevenção e intervenção, sempre que se revele necessário, o que terá repercussões também ao nível da sua prática profissional

**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos oncológicos, *burnout*, qualidade de vida, satisfação no trabalho, estilos de coping.

## ABSTRACT

**Introduction:** Health professionals specialized in Palliative Care are considered a risk group regarding the development of *burnout*, in that, they deal with disease, suffering and death, on an everyday basis. It is a very serious psychosocial problem because it entails several negative consequences, not only for the individual, such as reducing his/her quality of life (QoL) but also for the patient and the entire organization.

Considering the scarcity of studies on *burnout* and QoL of health professionals on duty in Palliative Care, in oncological hospital context, the assessment of *burnout* and QoL of these professionals, as well as their sociodemographic and psychosocial determinants, related to their professional context and job satisfaction, was the main goal of this research.

**Method :** The methodology adopted in this cross-sectional study began by recruiting a sample of health professionals working in an oncology palliative care unit in the hospital setting (n = 22), as well as a control group made up of 15 health professionals engaging in intensive care medicine and 9 in the emergency room. A group of 22 individuals from the general population was also recruited, so that the sample consisted of 68 subjects.

The assessment protocol used for data collection comprised several instruments, namely, the *Maslach Burnout Inventory*, the Abbreviated Instrument for Assessment of the WHO Quality of Life (WHOQOL - Bref), the Satisfaction Questionnaire with Professional Practice, the Brief COPE, as well as a sociodemographic questionnaire to gather information on personal and professional situation/context of the individuals belonging to the sample, namely the health professionals.

Data were collected through an individual/personal questionnaire in two public hospitals.

**Results:** Among the many findings/results experienced, the following regarding *burnout* are highlighted: (1) there were significant differences between the group of Palliative Care professionals and the general population group regarding the emotional exhaustion dimension, the first one showed higher levels of exhaustion, (2) most health professionals, in the three professional groups expressed low levels of *burnout*, no significant differences were found among the groups in terms *burnout* levels, in the three subscales, (3) in relation to the *burnout* determinants, just the variable: I would like to practise/perform Other Profession and the dimensions of job satisfaction and Hierarchy support revealed a significant contribution to Personal Fulfillment.

Regarding QoL the conclusion was the following: (1) there are no significant differences between the palliative care health professionals and the general population; (2)

although the three groups of health professionals did not differ significantly on QoL perception, in its different dimensions and overall QoL, Palliative Care professionals demonstrate a tendency to lower scores, mainly in physical, psychological aspects and general QoL, (3) concerning the QoL determinants, the various dimensions of job satisfaction influence significantly the different domains/aspects of QoL, as well as, overall QoL, (4) regarding *coping* styles, positive reinterpretation proved to be a significant determinant of the environmental dimension of QoL, and overall QoL, and (5) in relation to the fundamental role of *burnout* in QoL, only Personal Fulfillment seems to affect significantly the environmental dimension of QoL .

Finally, the comparison of different groups of health professionals in the different scales of the assessment instrument for job satisfaction did not reveal a significant effect of group type.

**Conclusion:** The results of this research show that Oncology Palliative Care professionals seem to show a tendency to express greater Emotional Exhaustion compared to individuals of the general population and health care professionals in the emergency services and PICU, which can be due to daily life in cancer palliative care unit, conducive to the development of emotional, physical and mental exhaustion. In turn, the finding that practitioners of palliative care seem to manifest simultaneously higher levels of emotional exhaustion and personal accomplishment, may result from the fact that the practice of medicine in this area may provide opportunities to develop a career with great personal meaning and satisfaction.

Being emotional exhaustion a significant predictor of consequences in terms of health level, namely of exhaustion, chronic fatigue, anxiety, depression, and psychosomatic complaints, Oncology Palliative Care professionals may be tended to be more vulnerable to a setback in their QoL, in general. Thus, strategies to prevent *burnout* and improve the QoL of these professionals should be developed, in particular, and considering the determinants of these *outcomes*, focusing on the organization and working conditions, supervision and organizational policies that recognize the merit and interpersonal relations and teamwork, in order to improve the psychosocial atmosphere of work.

With this research work it is expected to contribute to a better understanding of *burnout* and QoL in health professionals, specifically those that exert/practise their activity/job in the context of cancer palliative care, enhancing their assessment and use of effective strategies of prevention and intervention, whenever deemed necessary, which will also affect the level of their professional practice.

**Keywords:** cancer Palliative Care, *burnout* , quality of life , job satisfaction , coping styles .

## INTRODUÇÃO

De acordo com Martins e Romão (2012), tem-se observado em Portugal a construção progressiva de uma filosofia de cuidados de saúde centrada na atenuação do sofrimento e, cujo processo, tem e terá, implicações diversas não só ao nível dos serviços, mas também ao nível das práticas profissionais. Dito de outra forma, a filosofia dos Cuidados Paliativos, pela sua abordagem holística da dor e do sofrimento requer dos profissionais a aquisição de um conjunto de competências, sobretudo ao nível relacional e emocional (Martins & Romão, 2012), devido ao contacto com os doentes e familiares.

Dentro desta perspetiva, surge o interesse pelo estudo do *burnout* e QdV em profissionais de saúde dos Cuidados Paliativos. Nos últimos anos temos assistido a um crescente interesse em torno do *burnout*, sobretudo pelos efeitos nefastos que apresenta a nível individual e organizacional (Melo, Gomes & Cruz, 1997). Os profissionais de saúde, e particularmente os profissionais dos Cuidados Paliativos, estão constantemente sujeitos a inúmeras situações emocionalmente exigentes e esgotantes, quer ao nível do contacto com os pacientes, quer do próprio ambiente de trabalho.

Embora atualmente haja estudos que evidenciem esta problemática em diversas profissões, verifica-se que os profissionais de saúde se apresentam como um grupo de risco extremo cujas consequências podem refletir-se ao nível da qualidade dos serviços prestados aos doentes, bem como na QdV e bem-estar dos profissionais (Pereira, Rodrigues & Cunha, 2010).

Por seu turno, o conceito de QdV tem evoluído desde a Segunda Guerra Mundial. No entanto, dada a complexidade de variáveis que incidem sobre a diversidade conceptual individual que ela pode significar para cada pessoa, não há ainda um consenso sobre a sua definição (Santos & Pais-Ribeiro, 2006).

O conceito de QdV utiliza-se em diferentes contextos e situações, estendendo-se a todos os setores da sociedade. Atendendo ao atual contexto de mudança nas organizações, e especificamente nos serviços de saúde (sobrecarga de trabalho, insegurança, mudanças frequentes nas equipas, conflito e ambiguidade de papéis), os fatores de natureza humana em contexto organizacional podem traduzir-se em fatores de resiliência ou risco para o bem-estar dos indivíduos. Neste âmbito, o desenvolvimento e uma gestão adequada dos recursos humanos têm vindo a assumir uma importância crescente ao nível organizacional, no sentido da promoção da QdV dos profissionais.

Perante o exposto, e considerando a escassez de estudos que abordam o *burnout* e QdV em profissionais dos Cuidados Paliativos, particularmente em contextos oncológicos, procura-se neste estudo explorar esta lacuna. Especificamente pretende-se avaliar o

*burnout* e a QdV dos profissionais dos Cuidados Paliativos Oncológicos, bem como analisar os seus determinantes sociodemográficos, profissionais e psicossociais. Este estudo encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte apresenta-se o enquadramento teórico, baseado na revisão da literatura, onde se procurou abordar e aprofundar as temáticas principais deste trabalho, o *burnout* e a QdV. A segunda parte é dedicada à apresentação do estudo empírico, incluindo a análise e discussão dos resultados.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO**

---

## CAPÍTULO 1 – *Burnout*

O *burnout* é definido por alguns autores como uma das consequências mais marcantes do stress profissional, e caracteriza-se por exaustão emocional, avaliação negativa de si mesmo, depressão e insensibilidade com relação a quase tudo e todos (Benevides-Pereira, 2003).

De acordo com Reinhold (2006), o *burnout* consubstancia-se numa consequência do stress crónico, exaustão física, emocional ou mental e caracteriza-se por um profundo sentimento de frustração e exaustão em relação ao trabalho desempenhado, sentimento este que se irá propagar a todas as áreas da vida do indivíduo.

Neste sentido, o conceito de *burnout* nos profissionais de saúde é de extrema importância do ponto de vista social e individual, na medida em que as suas consequências negativas refletir-se-ão ao nível da saúde física e mental do profissional e, consequentemente, no desempenho da sua atividade (Gomes & Cruz, 2004).

Embora a vulnerabilidade ao stress e ao *burnout* esteja presente nos profissionais de saúde em geral, aqueles que exercem a sua atividade profissional em oncologia apresentam uma percentagem mais elevada de vulnerabilidade, em virtude de uma atividade profissional intimamente ligada a situações de risco e processos de decisão rápidos, os quais predis põem estes profissionais a esta maior vulnerabilidade (Pereira, Rodrigues & Cunha, 2010).

Neste sentido, a prevenção, o diagnóstico e a intervenção ao nível do *burnout* constitui-se como uma medida importante a ser tomada nas organizações de saúde, uma vez que, as consequências que advêm das experiências vivenciadas por estes profissionais vão refletir-se ao nível da qualidade dos serviços prestados aos doentes, bem como na própria QdV e bem-estar.

### 1.1 - Conceptualização

A relação entre o sujeito, o seu trabalho e as dificuldades que daí podem resultar quando esta relação corre mal é reconhecido como um fenómeno importante na era moderna. Neste sentido, o uso do termo *burnout* para explicar este fenómeno começou a surgir, de forma regular, nos anos 70, nos Estados Unidos, sobretudo, entre profissionais da área dos serviços humanos (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Mais especificamente, este termo foi introduzido em 1974, pelo psiquiatra norte-americano Freudenberg para descrever a exaustão emocional e física, causada pelas horas excessivas de trabalho e pela



sobrecarga e intensidade laboral e, posteriormente, por Maslach (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Hansen, Sverke & Näswall, 2009;).

Estes artigos iniciais tinham sobretudo como objetivo, chamar a atenção para o facto do fenómeno *burnout* não dizer apenas respeito a comportamentos aberrantes de alguns indivíduos considerados desviantes (como por exemplo, os toxicodependentes), mas sim um fenómeno mais comum, caracterizado por esgotamento emocional, perda de motivação e comprometimento com o trabalho (Gomes & Cruz, 2004; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Segundo Grazziano e Ferraz (2010) o *burnout* é reconhecido como risco ocupacional, sobretudo para profissionais da área da saúde, educação e serviços assistenciais, conduzindo ao “cansaço” físico, psíquico e comprometendo os resultados do seu trabalho, repercutindo-se nas organizações devido às ausências e aumento de conflitos interpessoais.

Neste sentido, o *burnout* tem sido definido como um estado de exaustão física, emocional e mental em resposta a condições de trabalho emocionalmente exigentes durante um longo período de tempo (Schaufeli & Greenglass, 2001). Dito de outra forma, é um quadro clínico resultante da má adaptação do homem ao seu trabalho. Mais especificamente, o *burnout* é entendido como uma síndrome psicológica constituída por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

De acordo com Maslach e colaboradores (2001), a exaustão emocional diz respeito ao sentimento de não ter mais energia para trabalhar e é apontada como a dimensão individual do *burnout*, sendo a qualidade central e a manifestação mais óbvia desta síndrome. A despersonalização (ou cinismo) representa a componente interpessoal e caracteriza-se pelo contacto frio e impessoal, atitudes de cinismo, ironia e indiferença no trabalho, ou seja, há uma desumanização do profissional dirigida a quem o rodeia (clientes, colegas de trabalho, entre outros). Por fim, a baixa realização pessoal no trabalho representa a dimensão auto avaliativa do *burnout* e caracteriza-se por sentimentos de incompetência, ausência de realização pessoal e desempenho no trabalho. O profissional autoavalia o seu trabalho de forma negativa como consequência da insatisfação e desânimo quanto à evolução profissional. No âmbito das investigações realizadas nesta área, a exaustão emocional tem sido a dimensão mais estudada (Maslach & Leiter, 2008).

Apesar de serem encontradas diversas definições deste conceito, Maslach e colaboradores (2001) consideram que há cinco elementos comuns a todas elas: a) a predominância de sintomas relacionados com a exaustão mental e emocional, a fadiga e a depressão; b) a ênfase nos sintomas comportamentais e mentais para além dos sintomas de natureza física; c) a relação destes sintomas com o trabalho; d) a manifestação de

sintomas na ausência de antecedentes psicopatológicos; e) diminuição de eficácia e desempenho no trabalho, devida a atitudes e comportamentos negativos.

Um aspeto que tem merecido a atenção dos investigadores nesta área relaciona-se com a distinção entre *burnout* e stress (Gomes & Cruz, 2004). Apesar do consenso em torno do conceito de *burnout*, a distinção entre este e o stress não está ainda claramente delineada (Cordes & Dougherty, 1993). A complexidade desta discussão tem por base a diversidade de definições de stress, muitas das quais incluem o conceito de *burnout*. Neste sentido, de acordo com Maslach e Schaufeli (1993), *cit in* Gomes e Cruz (2004), o *burnout* deve ser considerado como um prolongamento do stress. Ou seja, segundo os mesmos autores, o *burnout* é uma condição resultante de um processo de longa duração, em que a pessoa sente que os seus recursos para lidar com as exigências colocadas pela situação já estão esgotados, produzindo sentimentos de desesperança e falta de ajuda. Portanto, a relação entre stress e *burnout* é longitudinal, uma vez que, sob certas circunstâncias e sobre determinados aspetos, o *burnout* é induzido pelo stress num processo que se desenrola ao longo do tempo (Peiró *et al.*, 2001).

Investigações recentes têm procurado analisar a diferença entre stress e *burnout*. A título de exemplo, Pines e Keinan (2005) demonstraram, através de uma análise de trajetórias, que embora estes dois constructos sejam uma forma de resposta a fatores de tensão no trabalho, eles evidenciam antecedentes, correlações e consequências diferentes. Especificamente, os autores encontraram que o stress está mais correlacionado com os fatores de tensão no trabalho, ao passo que o *burnout* está mais correlacionado com a importância do trabalho. Para além disso, variáveis como a insatisfação no trabalho, intenção de abandono, sintomas físicos e emocionais e o nível de desempenho percebido estão mais correlacionadas com o *burnout* em comparação com o stress.

## 1.2 - Fatores Antecedentes

De uma forma geral, os fatores antecedentes do *burnout* têm sido agrupados em três níveis distintos: organizacionais, relativos ao contexto de trabalho e pessoais (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Ao nível organizacional, a investigação tem dado ênfase à importância dos valores implícitos nos processos e estruturas organizacionais e, em que medida estes valores dão forma ao modo como se desenvolve a relação emocional e cognitiva entre a pessoa e o seu trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Para além disso, outros fatores como a comunicação (Kim & Lee, 2009), o ambiente de trabalho (Emold *et al.*, 2011), o tipo de organização (administração pública ou privada) (Hansen, Sverke & Näswall, 2009) ou ainda o contrato psicológico (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001), que se refere à relação cognitiva

entre o que é prometido pela organização e o que o trabalhador tem recebido dessas promessas (Morrison & Robinson, 1997), estão igualmente relacionados com o *burnout*.

De entre as características do trabalho podem enumerar-se fatores como a sobrecarga de trabalho, o conflito e ambiguidade de papéis, a autonomia ou ainda a satisfação com o trabalho.

Diversos estudos têm demonstrado que a sobrecarga de trabalho, isto é, a quantidade excessiva de exigências e que ultrapassam a capacidade de desempenho, está relacionada de forma consistente e forte com o *burnout*, particularmente, com a dimensão exaustão emocional (Alarcon, 2011; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Num estudo com 109 enfermeiros, Demerouti e colaboradores (2000) encontraram que as exigências e necessidades provenientes do trabalho (como por exemplo, pressões laborais acrescidas e sobrecarga física e cognitiva) estão positivamente relacionadas com a exaustão emocional, ao passo que a ausência de recursos pessoais está relacionada com a despersonalização. Num estudo semelhante, Bakker e colaboradores (2000) concluíram que um desequilíbrio entre as exigências do trabalho e as recompensas obtidas está relacionado com o *burnout*.

O conflito e a ambiguidade de papéis são variáveis que têm sido igualmente estudadas neste domínio e têm apresentado correlações moderadas a altas com o *burnout*. O primeiro ocorre quando o indivíduo experimenta exigências conflitantes no trabalho e o segundo sucede quando as normas, direitos e objetivos estão pouco claros por parte da organização (Peiró *et al.*, 2001). A literatura tem demonstrado que o conflito de papéis se relaciona positivamente com as dimensões exaustão emocional e despersonalização, ao passo que, a ambiguidade de papéis se relaciona positivamente com a exaustão emocional e negativamente com a realização profissional (Peiró *et al.*, 2001). Alarcon (2011), através de uma meta-análise com 231 estudos, encontrou resultados semelhantes.

Em relação à satisfação no trabalho, Neves (2011) refere que a maioria dos estudos demonstra correlações significativas entre o nível de satisfação profissional e o *burnout*. Este autor verificou a existência de correlações elevadas entre a saúde física e psicológica e a satisfação no trabalho. Esta variável parece, na verdade, ter um papel preponderante na manutenção da saúde física e mental do trabalhador (*burnout*, autoestima, ansiedade, depressão) (Faragher, Cass & Cooper, 2005; Pina e Cunha *et al.*, 2003).

Diversos estudos têm-se debruçado sobre variáveis emocionais relacionadas com o trabalho, como sendo, a necessidade de demonstrar ou não as emoções ou ainda a necessidade de ser emocionalmente empático (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Seguindo esta linha de investigação, Zapf e colaboradores (2001) demonstraram que as variáveis emocionais são preditoras do *burnout*, sobrepondo-se mesmo aos recursos e fatores de stress organizacionais.

Outras variáveis como o ambiente de trabalho (Van Bogaert *et al.*, 2009), o horário de trabalho (Demir, Ulosoy & Ulosoy, 2003; Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009; Silva & Gomes, 2009) ou ainda a situação contratual (Loureiro *et al.*, 2008; Silva & Gomes, 2009) são igualmente preditoras do *burnout*.

Ao nível individual, podem enumerar-se fatores biográficos, como o género, o estado civil ou ainda a escolaridade, e de personalidade.

Em relação aos estudos efetuados com a variável género, Maslach e colaboradores (2001) referem que esta variável não tem sido um preditor consistente do *burnout*, na medida em que alguns estudos revelam maiores níveis de *burnout* nas mulheres, outros revelam maiores níveis nos homens e outros ainda, não encontram diferenças significativas. Estudos portugueses têm revelado diferenças de género ao nível do *burnout*, tendo-se verificado uma tendência das mulheres para apresentarem níveis mais elevados de exaustão emocional (Gomes & Cruz, 2004; Gomes, Cruz & Cabanelas, 2009; Silva & Gomes, 2009), embora os homens evidenciem maior despersonalização (Silva & Gomes, 2009).

Em relação ao estado civil e à escolaridade, a literatura tem demonstrado que os indivíduos solteiros (Alacacioglu *et al.*, 2009; Demirci *et al.*, 2010; Silva & Gomes, 2009) e com menos habilitações (Demir *et al.*, 2003) experienciam níveis mais elevados de *burnout*.

No que diz respeito aos fatores de personalidade, as investigações têm sido conduzidas no sentido de conhecer quais os tipos de pessoas que podem estar em maior risco de experienciar *burnout* (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Numa meta-análise realizada com 114 estudos, Alarcon, Eschleman e Bowling (2009) encontraram que a autoestima, a autoeficácia, um locus de controlo interno, a estabilidade emocional, características como a consciência, a agradabilidade, a afetividade (positiva e negativa), o otimismo, a pro atividade e personalidade resistente são fatores de personalidade que estão relacionados com todas as dimensões do *burnout*. Para além disso, os autores encontraram que a personalidade tipo A, característica de indivíduos hostis, agressivos e impacientes, relaciona-se com a realização profissional mas, ao contrário daquilo que era esperado, não se estabelece qualquer relação com a exaustão emocional e a despersonalização.

Procurando estudar a relação entre os BigFive e o *burnout*, Bakker e colaboradores (2006) verificaram que o neuroticismo e a extroversão parecem ser os preditores mais consistentes de *burnout*, isto é, indivíduos com alto grau de neuroticismo estão em risco de maior vulnerabilidade ao *burnout* ao passo que a extroversão se relaciona de forma positiva com a realização pessoal e de forma negativa com a despersonalização.

Para combater as situações stressantes que surgem no quotidiano existem as estratégias de coping, as quais se relacionam com os esforços que realizamos para lidar com o stress desencadeado por esses acontecimentos de vida.

De acordo com Lazarus (1993) *cit in* Jardim e Pereira (2006:28), o coping pode ser definido como “esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança para gerir situações específicas, externas ou internas, que são percebidas como colocando à prova ou sobrecarregando os recursos de um indivíduo”.

Os estilos de coping também têm sido referidos como um fator importante na experiência de *burnout*. A este respeito, Feldman (2001:513) entende coping como “os esforços para controlar, reduzir ou aprender a tolerar as ameaças que conduzem ao stress”, ou seja, inconscientemente a pessoa procura mecanismos para fazer face ao stress. Estes esforços podem ser de natureza diversa e nem sempre conduzem à resolução do problema, “pois a eficácia depende não só dos recursos do indivíduo no momento, como também do tipo de situação indutora de stress” (Santos, Pais-Ribeiro & Guimarães, 2003:441).

As estratégias de coping ativo, por exemplo o uso do relaxamento ou a participação em atividades de lazer, podem ter um potencial de redução do stress, possibilitando uma melhoria do humor positivo e a diminuição do humor negativo. Coleman (1993) *cit in* Santos, Pais-Ribeiro e Guimarães (2003:441) refere, a respeito de lazer, que este “pode beneficiar os mecanismos para lidar com uma situação indutora de stress”, através da criação de mecanismos de coping que permitam lidar melhor com os acontecimentos que desencadeiam stress. Neste sentido, o coping ativo poderá evitar o desenvolvimento de *burnout*, ao possibilitar uma redução do stress perante acontecimentos stressantes do quotidiano, incluindo no trabalho.

Importa contudo referir que, embora existam evidências da relação entre os fatores individuais e o *burnout*, esta não é tão forte quanto a relação com os fatores situacionais, dados estes que sugerem que o *burnout* é um fenómeno mais social que individual (Maslach, 2001).

### **1.3 - Consequências**

A importância do *burnout* para os indivíduos e para as organizações reside na sua associação a diversas consequências negativas, ao nível do trabalho e em vários tipos de disfunção pessoal (Cordes & Dougherty, 1993). A maior parte das consequências estudadas têm sido as que estão relacionadas com o desempenho profissional (Maslach, 2001), mas não se restringe apenas à vida profissional, uma vez que também pode também afetar a vida pessoal e familiar.

De acordo com Cordes e Dougherty (1993), as consequências do *burnout* podem resumir-se em quatro níveis: físicas e emocionais (e.g.: fadiga, insónias e dores de cabeça); interpessoais (e.g.: menos tolerância e incapacidade de permanecer calmo); atitudinais (e.g.: atitudes negativas face a clientes e colegas, insatisfação e baixo comprometimento) e comportamentais (e.g.: rotatividade e absentismo). De um modo mais geral, podem ser consideradas ao nível organizacional e ao nível pessoal. Ao nível organizacional, o *burnout* tem sido associado a diferentes consequências, nomeadamente, absentismo, intenção de deixar o emprego e rotatividade. Num estudo levado a cabo por Lee e Ashforth (1990) a exaustão emocional e a despersonalização estão fortemente associadas à intenção de abandono e comprometimento organizacional ao passo que a realização profissional está mais relacionada com o coping de controlo.

Wright e Cropanzano (1998) conduziram um estudo com assistentes sociais e verificaram que a exaustão emocional está relacionada com o desempenho medido pelo supervisor, e a rotatividade, mesmo quando a afetividade negativa e a afetividade positiva eram controladas. Ou seja, trabalhadores emocionalmente exaustos apresentam um desempenho diminuído e, consequentemente podem desistir do seu trabalho. Mais recentemente, Schaufeli, Bakker e van Rhenen (2009), demonstraram que o *burnout* está associado ao absentismo “involuntário”, isto é, a baixas por doença, sendo que, a presença de burnout conduz a baixa prolongada.

Num estudo de meta-análise, Swider e Zimmerman (2010) perceberam que o *burnout* tem um efeito moderador na relação entre a personalidade e diversas consequências no trabalho como o absentismo, a rotatividade e o desempenho. Estes resultados vão de encontro à nova abordagem nos estudos acerca do efeito do *burnout*. Tal como já foi referido, o *burnout* pode acarretar consequências ao nível da vida pessoal. De acordo com Maslach e colaboradores (2001), a dimensão exaustão emocional é o maior preditor de consequências ao nível da saúde. Entre estas incluem-se o esgotamento, a fadiga crónica, a ansiedade, a depressão, as queixas psicossomáticas, entre outras. Mas, pode também ter consequências ao nível da vida em geral. Procurando testar um modelo de *burnout* e satisfação com a vida, Demerouti e colaboradores (2000) demonstraram que o *burnout* tem um papel mediador na relação entre as condições de trabalho e a satisfação com a vida.

Diversas são as consequências que o *burnout* tem na qualidade de vida, não só a nível físico como também psicológico, que se repercutem a nível social, nomeadamente na instituição empregadora ao nível das relações laborais e na qualidade do serviço.

O aumento dos níveis de *stress* provocados pelo síndrome de *burnout* repercutem-se ao nível da fadiga, dores musculares, falta de sono, enxaqueca, problemas gastrointestinais, alterações no sistema imunitário o que provoca gripes, constipações, alergias, distúrbios respiratórios, bronquites entre outros problemas (Trigo, Teng & Hallack, 2007).

Para além disso, o trabalhador também pode revelar falta de concentração, sentir-se só, dificuldades no processamento de informação, sensação de impotência, desânimo e baixa autoestima.

Em casos mais graves, o trabalhador pode tornar-se mais agressivo, não sendo tolerante a frustrações e críticas, iniciar o consumo de drogas ilícitas e até cometer suicídio (Soares, 2012).

## CAPÍTULO 2 – Qualidade de Vida

O conceito de QdV pode ser definido de diversas formas e ter diferentes significados para diferentes pessoas. Contudo, embora não haja uma definição universalmente aceite, é consensual que este é um constructo multidimensional importante que procura atender a uma perspetiva holística sobre a natureza biopsicossocial do ser humano (Canavarro & Serra, 2010).

Envolve dimensões objetivas (condições de vida, situação profissional, salário) e subjetivas (bem-estar, amor, realização pessoal), podendo ambas ser percebidas pela pessoa de forma mais ou menos consciente.

Na medida em que o trabalho é uma componente essencial da vida, provendo não só um salário, mas também um sentimento de compromisso, identificação de papel, estimulação física e mental, trabalho e QdV são duas variáveis difíceis de desassociar. Neste sentido, a QdV dos profissionais deve ser uma preocupação e um objetivo dos responsáveis organizacionais.

### 2.1- Concetualização

A QdV tem sido um tema corrente do último quarto do século XX (Pais-Ribeiro, 2009) e tem sido reconhecida como um constructo importante em diversas ciências como a Sociologia, Economia, Psicologia, Ciências Políticas, Filosofia, Medicina, entre outras (Beham, Drobnič & Verwiebe, 2006).

Este conceito surgiu pela primeira vez, em 1920, para fazer referência às consequências das condições de trabalho no bem-estar do trabalhador (Wood-Dauphinee, 1999) mas foi a partir da década de 60 que passou a ser amplamente aplicado (Cummins, 1997). Desde então, diversas definições têm sido apresentadas e dada a complexidade de variáveis que incidem sobre a diversidade conceptual individual que este termo pode significar para cada pessoa, não há ainda um consenso sobre a sua conceptualização (Santos, Martins & Ferreira, 2009).

A este respeito, tendo por base um trabalho de 1995 levado a cabo por Farquhar *cit in* Seidl e Zannon (2004), referem que a definição de QdV atravessou quatro fases distintas:

- a) *Definição global*: correspondem às primeiras definições que surgiram na literatura e predominaram até meados da década de 80. São definições gerais que não abordam as possíveis dimensões do conceito nem o operacionalizam. Tendem a apoiar-se na avaliação da satisfação/insatisfação com a vida.



- b) *Definição com base em componentes*: estas definições surgem nos anos 80, o conceito global começa a ser decomposto em vários componentes ou dimensões e dá-se início à operacionalização do conceito e a priorização dos estudos empíricos.
- c) *Definição focalizada*: as definições começam a valorizar componentes específicos, nomeadamente, aptidões funcionais ou de saúde, com especial ênfase para aspetos empíricos e operacionais. Desenvolvem-se instrumentos de avaliação da QdV em pessoas com tipos diferentes de transtornos.
- d) *Definição combinada*: nesta fase começam a ser incorporados aspetos assinalados nos pontos b e c, que favorecem o conceito em termos globais e abrangem diversas dimensões que compõem o constructo. Paralelamente, continua a dar-se ênfase aos aspetos empíricos e operacionais e desenvolvem-se instrumentos de avaliação global e fatorial.

Numa primeira fase verifica-se o surgimento de definições globais, sem referência a componentes ou dimensões de QdV. É a partir da década de 80 que a noção de QdV começa a envolver diferentes dimensões acompanhada de estudos empíricos para melhor compreensão deste conceito. A literatura da última década tem evidenciado a tendência de utilização de definições focalizadas e combinadas e que, de acordo com Seidl e Zannon (2004) podem contribuir para o avanço do conceito em bases científicas.

Neste sentido, a QdV tem sido definida de diversas formas, nomeadamente como a percepção subjetiva de satisfação ou felicidade com a vida em domínios que são importantes para o indivíduo (Leidy, Revicki & Genesté, 1999); a medida em que as necessidades humanas objetivas estão satisfeitas em relação com as percepções, pessoais ou grupais, de bem-estar subjetivo (Costanza *et al.*, 2007); ou ainda, como um fenómeno material e psicológico, englobando descritores objetivos e avaliações subjetivas do bem-estar físico, material, social e emocional, conjuntamente com medidas de desenvolvimento pessoal e atividade significativa, ponderadas por um conjunto de valores pessoais (Felce & Perry, 1993, *cit in* Canavarro, 2010).

Mais recentemente, e com o objetivo de clarificar este conceito, um painel internacional de peritos, nomeado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e conhecido como grupo WHOQOL, debateu esta questão e definiu qualidade de vida como a "percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL Group, 1994:28). Esta definição representa uma perspetiva transcultural e multidimensional que contempla a influência de diversos fatores como a saúde física e psicológica, relações sociais, crenças pessoais, entre outras (WHOQOL Group, 1995, *cit in* Canavarro, 2010).

Para além da multiplicidade de definições encontradas, o conceito de QdV entrecruza-se (embora não seja equivalente) com outros conceitos como felicidade e bem-estar subjetivo. Contudo, importa distinguir estes conceitos, na medida em que representam diferentes níveis e aspetos da QdV (Haas, 1999). Neste sentido, a QdV refere-se às emoções, experiências, avaliações, expectativas e realizações que integram a *good life* (Quartilho, 2010); a felicidade é um conceito “leigo” (Wright & Cropanzano, 1998) que na literatura académica tem vindo a ser substituído por bem-estar subjetivo (Diener, 2000) que, por sua vez, é um conceito mais específico, afetivo e cognitivo, definido pela presença de níveis relativamente elevados de afeto positivo, níveis relativamente baixos de afeto negativo e uma avaliação globalmente positiva da vida, ou seja, diz respeito à opinião do indivíduo sobre o modo como se sente (Quartilho, 2010).

Segundo Veenhoven (2000) podemos distinguir quatro tipos de QdV (Quadro 1) que podem ocupar posições diferentes quer como resultado, quer como condições de vida. Este autor propõe um quadro definido por dois eixos: o primeiro eixo constituído pelas “oportunidades para uma boa vida” *versus* uma “boa vida propriamente dita”; o segundo eixo por características “internas” *versus* “externas”, ou seja, relacionadas com o indivíduo *versus* ambiente.

**Quadro 1. Tipologia da Qualidade de Vida (Veenhoven, 2000)**

	Qualidade externa	Qualidade interna
Oportunidades	Boas condições de vida	Capacidades do indivíduo
Resultados	Utilidade da vida	Apreciação da vida

A QdV que foca as boas condições de vida, é muitas vezes, designada por ecologistas ou sociólogos como “qualidade de vida” ou por “bem-estar”, enquanto os economistas tendem a referir-se à mesma como “nível de vida” ou “status”, e não se indica especificamente as condições materiais. A segunda QdV, apresentada no quadrante superior direito, refere-se ao quão bem os indivíduos estão equipados para enfrentar a vida diária. Os profissionais de saúde, designam esta categoria por “QdV”, “bem-estar” ou “saúde”, os biólogos designam por “potencial adaptativo”, os psicólogos por “eficácia” ou “potencial”. A QdV definida pelo quadrante inferior esquerdo refere-se a uma QdV que deve referir-se a uma boa vida que é qualquer coisa mais do que ela própria: a boa vida deve sê-lo para algo e não vale só por si. Pode ser entendida por “sentido da vida” e presume valores superiores. O último quadrante refere-se à QdV do ponto de vista do próprio e é comumente designada por “bem estar subjetivo”, “felicidade” ou “satisfação com a vida”. Esta taxonomia é suscetível de integrar todos os conceitos que são geralmente utilizados para designar a “boa vida” ou a QdV.

Em conclusão, QdV é um conceito recente, estando ainda em fase de exploração, e um conceito muito amplo, que pode ser definido de diversas formas, envolvendo dimensões objetivas (cujas referências são a satisfação das necessidades básicas, a funcionalidade e as necessidades criadas pelo desenvolvimento económico e social de determinada sociedade) e subjetivas (como o bem-estar, a felicidade, o amor, o prazer e a realização pessoal) (Santos, Martins & Ferreira, 2009). Ou seja, a qualidade objetiva é comprovada através do bem-estar social; a subjetiva transparece no bem-estar pessoal, sendo que, estes aspetos não estão necessariamente ligados entre si isto porque, uma pessoa pode ser objetivamente rica, mas não ter noção nem saber utilizar para benefício próprio o dinheiro que tem (Canavarro & Serra, 2010).

Embora não haja ainda uma definição comumente aceite por todos, dois aspetos relevantes deste constructo parecem consensuais entre os estudiosos: a subjetividade e multidimensionalidade (Seidl & Zannon, 2004), na medida em que, enfatiza a auto percepção do estado corrente de um indivíduo que, por sua vez, pode simultaneamente avaliar uma série de dimensões da vida para formar uma percepção ou julgamento global da sua qualidade de vida.

## **2.2- Determinantes da Qualidade de Vida**

Do ponto anterior resulta que a QdV é geralmente entendida como um conceito amplo, que incorpora tanto os aspetos da existência individual, como também o sucesso do indivíduo a alcançar determinados objetivos, estados ou condições desejáveis, e ainda o sentido de bem-estar e de satisfação experienciado pelas pessoas na situação atual das suas vidas (Canavarro, 2010).

Neste sentido, são diversas as variáveis que influenciam a percepção de QdV dos indivíduos, nomeadamente, a personalidade, o estado de saúde, o trabalho, os fatores sociodemográficos, os estilos de coping entre outras.

### *Personalidade*

A personalidade constitui-se como um dos fatores mais fortes e um dos preditores mais consistentes do bem-estar subjetivo e, consequentemente, da QdV (Beham, Drobnič & Verwiebe, 2006). Ou seja, reconhece-se que os traços individuais das pessoas constituem uma fonte de variação importante na percepção da QdV.

Em termos individuais são relevantes alguns atributos da personalidade como a extroversão e a socialização, que parecem estar relacionadas de forma positiva com o bem-estar subjetivo e o neuroticismo que se relaciona de forma negativa com o bem-estar subjetivo (Diener *et al.*, 1999; Nunes, Hutz, & Giacomoni, 2009). Outras características como

o otimismo podem também influenciar a QdV na medida em que, tendencialmente, pessoas otimistas esperam alcançar resultados positivos não só na vida profissional como também na vida de uma forma geral e trabalham nesse sentido (Beham, Drobnič & Verwiebe, 2006).

Desta forma, a personalidade pode influenciar a percepção de QdV quer através da forma como as pessoas enfrentam os acontecimentos de vida quer através do tipo de consequências que daí resultam o que, por sua vez, pode influenciar, mais ou menos favoravelmente, a QdV (Wrosch & Scheier, 2003). Por exemplo, um indivíduo consciencioso pode ser mais bem-sucedido no estabelecimento de indicadores objetivos de QdV (e.g., ter uma carreira de sucesso) do que um indivíduo menos motivado para o alcance de metas pessoais (Wrosch & Scheier, 2003).

### *Saúde*

No inquérito europeu acerca da QdV levado a cabo pela Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, entre 2007 e 2008, em 31 países, 81% dos respondentes apontaram a saúde como um dos indicadores mais importantes para a QdV. De acordo com Carr, Gibson e Robinson (2001) é da relação que se estabelece entre a avaliação do estado de saúde, tendo em conta o estado de saúde habitual de dado indivíduo e as expectativas criadas sobre a viabilidade de recuperação que surge o impacto sobre a QdV de uma pessoa. Ou seja, a avaliação da própria QdV resulta da discrepância existente entre as expectativas e as experiências/acontecimentos de vida. Contudo, pessoas com diferentes expectativas podem reportar diferentes níveis de QdV em condições clínicas semelhantes, pelo que os mesmos autores referem ainda que é em virtude destas expectativas que as medidas de QdV detetam o impacto negativo da doença sobre a QdV de um indivíduo.

Em contexto de saúde, é frequentemente utilizada a expressão “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde” e que se refere à QdV que depende ou que está relacionada com a doença (Pais-Ribeiro, 2009). De acordo com o mesmo autor, o referido conceito utiliza-se quando se pretende analisar as limitações impostas por uma doença específica ou por uma qualquer doença na QdV.

Diversos estudos mostram as implicações que a doença pode ter na QdV, nomeadamente as doenças crónicas (Sprangers *et al.*, 2000). Na verdade, o confronto com a doença crónica faz-se acompanhar de importantes implicações psicossociais, desde as primeiras suspeitas acerca de determinados sintomas, passando pelo diagnóstico e durante os longos períodos em que se convive com a doença (Doka, 1993). A incerteza persuasiva, a progressão da doença e a imprevisibilidade que a caracteriza bem como aos seus tratamentos, resultam inevitavelmente em algum grau de perturbação emocional, para além das limitações físicas e funcionais persistentes que conduzem à alteração do funcionamento

e rotina diária e interferem com a capacidade para trabalhar, desempenhar papéis familiares e sociais e com o envolvimento em atividades de lazer (Doka, 1993). Em virtude do seu diagnóstico ameaçador, dos seus tratamentos prolongados e muitas vezes agressivos e da incerteza que envolve o prognóstico, a doença crónica constitui-se como um risco para a qualidade de vida do indivíduo. Sousa e Coutinho (2006) referem, a este respeito, a importância da aplicação de medidas de avaliação da qualidade de vida em várias valências da assistência em saúde, principalmente, em pessoas que apresentam um diagnóstico de doença grave e crónica.

Perante o exposto, depreende-se que o estado de saúde/doença de um indivíduo poderá afetar, de forma significativa, a sua QdV.

### *Trabalho*

A maior parte dos indivíduos passa um número de horas considerável no trabalho, portanto, a atividade profissional reveste-se de uma importância especial na determinação da QdV.

Ao trabalho remunerado estão associados diversos fatores como um determinado nível de vida, uma ordenação do quotidiano e a determinação de objetivos e identidades sociais, funcionando ainda como fonte de capital económico e social (Beham, Drobnič & Verwiebe, 2006).

Desta forma, estar desempregado constitui um fator de infelicidade e, logo, de reduzida QdV não só porque interrompe o salário, mas também porque afeta a autoestima e compromete o benefício das relações sociais no local de trabalho (Quartilho, 2010). Alguns estudos têm demonstrado que o desemprego tem um impacto negativo na saúde, estando mesmo associado a uma maior mobilidade e mortalidade (Bartley, Ferrie & Montgomery, 2006). Neste sentido, as condições de segurança e continuidade no trabalho, bem como as perspetivas de progressão na carreira, podem contribuir para uma promoção da saúde e bem-estar subjetivo (Siegrist & Theorell, 2006, *cit in* Quartilho, 2010), pelo que, ter o estatuto de empregado pode também influenciar a QdV (Beham, Drobnič & Verwiebe, 2006).

Por outro lado, as condições de trabalho podem também ter impacto na QdV dos indivíduos. Os longos períodos de trabalho, bem como os níveis hierárquicos mal estabelecidos, que acarretam um maior número de responsabilidades, são fatores que contribuem para a exaustão física constante, importante na origem do stress laboral e, consequentemente, para um impacto negativo na QdV.

Os conflitos e tensões no ambiente de trabalho e as dificuldades em delimitar os diferentes papéis entre funcionários podem contribuir para que as relações interpessoais se tornem gradualmente *stressantes*, sobretudo, quando o papel de cada profissional dentro das equipas é pouco definido. Todas estas implicações provocam um aumento dos níveis de

*burnout* e stress e uma diminuição substancial da qualidade de vida (Silva, Dias & Teixeira, 2012).

A literatura tem demonstrado que a tensão no trabalho contribui para o desenvolvimento de doenças crónicas como a doença cardiovascular (Theorell & Karasek, 1996). Estudos semelhantes têm demonstrado igualmente evidências do impacto do ambiente de trabalho na saúde mental (de Lange *et al.*, 2004) e no bem-estar dos indivíduos (Jonge *et al.*, 2001) e, consequentemente, na sua QdV.

Atualmente têm sido estudados outros riscos inerentes ao ambiente de trabalho como a violência no trabalho, questões ergonómicas, doenças respiratórias, entre outras (Danna & Griffin, 1999).

Um dos conceitos que surge frequentemente associado à QdV é a satisfação profissional. Esta dimensão ganha também relevo na investigação, dado que é um dos mais importantes resultados humanos do trabalho e tem aparecido sempre associada ao desempenho (Pina e Cunha *et al.*, 2003), sendo também relevante a sua relação com outras variáveis, nomeadamente o absentismo, a rotatividade, os comportamentos de cidadania organizacional e a saúde física e mental do trabalhador (*burnout*, autoestima, ansiedade e depressão) (Faragher, Cass & Cooper, 2005).

Costa e colaboradores (2008) consideram que as variáveis que têm maior influência na satisfação profissional são as características centrais do trabalho, a justiça organizacional percebida e os valores de orientação coletivista.

Martins (2010) desenvolveu um estudo com 139 adultos com o intuito de relacionar a QdV com a satisfação profissional. Este estudo evidenciou que uma boa QdV pode ter um impacto positivo significativo em vários comportamentos organizacionais, nomeadamente, na identificação com a organização, na satisfação profissional, no empenho organizacional, no esforço efetuado no trabalho, no desempenho no trabalho e na intenção de *turnover*.

Por sua vez, Agapito e Sousa (2010), a satisfação profissional dever constituir-se como um dos objetivos de uma organização, não porque esteja comprovado que os empregados satisfeitos sejam mais produtivos, mas porque influencia a qualidade de vida dos trabalhadores.

A satisfação profissional parece relacionar-se, de facto, com a esfera individual do trabalhador, bem-estar físico e emocional e consequente qualidade de vida. Desta feita, é fundamental promover o bem-estar e a QdV no trabalho, através da melhoria da satisfação com o mesmo, pois estes são fatores que influenciam direta, positiva ou negativamente, a qualidade da assistência e a perceção de aspetos relacionados com a profissão (Lima e Mesquitela, 1996).

### *Fatores sociodemográficos*

Poucos têm sido os estudos que analisam os efeitos dos fatores sociodemográficos na QdV (Gameiro *et al.*, 2010). Os estudos efetuados têm incluído sobretudo o género, a idade, o estado civil e a educação. Por exemplo, em relação ao género, Diener e colaboradores (1999) encontraram que as mulheres reportam níveis mais elevados de bem-estar subjetivo do que os homens, contudo estas diferenças desaparecem quando outras variáveis sociodemográficas são controladas.

No que diz respeito à idade os resultados não têm sido consistentes. Num estudo realizado na Noruega, os autores não encontraram diferenças significativas em função da idade (Wahl *et al.*, 2004). Contudo, num estudo realizado em Portugal, com uma amostra de 315 sujeitos, os autores encontraram que a QdV dos indivíduos tende a diminuir com a idade.

Em relação ao estado civil, os estudos têm demonstrado que o estado civil parece ser um importante fator de variabilidade da QdV dos indivíduos (Gameiro *et al.*, 2010). Neste sentido verifica-se que viver com o/a companheiro/a ou ter uma família é uma importante fonte de suporte material e emocional (Beham, Drobnič & Verwiebe, 2006) promovendo o bom ajustamento e bem-estar dos indivíduos (Gameiro *et al.*, 2010).

Por fim, no que diz respeito às habilitações literárias, uma correlação positiva, mas fraca entre níveis mais elevados de educação e maior bem-estar também tem vindo a ser evidenciada (Diener *et al.*, 1999; Gameiro *et al.*, 2010).

Em termos gerais, as percentagens de variância explicadas pelos fatores sociodemográficos na relação com os vários domínios da QdV apontam para a contribuição reduzida, mas significativa, destes fatores o que, de acordo com Gameiro e colaboradores (2010), não é de estranhar se tivermos em conta a amplitude do conceito de QdV e, consequentemente, o elevado número de variáveis, da mais diversa natureza, suscetíveis de a influenciar.

### *Estilos de Coping*

As situações indutoras de stress, por si só, não geram *burnout* e má ou boa qualidade de vida, mas parecem existir sim outros fatores que intervêm nesta relação, nomeadamente características da personalidade ou a utilização de determinadas estratégias de coping. Como refere Moura (2007), as estratégias de *coping* e os estilos de vida podem influenciar os níveis de *burnout* e a avaliação subjetiva da saúde física, logo, também a QdV.

Como referido no primeiro capítulo deste trabalho, os estilos de *coping* referem-se às atividades cognitivas e comportamentais que o indivíduo ativa quando confrontado com um acontecimento de vida stressante (Lazarus, 2000). Tais estratégias podem ser úteis na manutenção de um funcionamento adequado, sendo que podem, de facto, moderar o

impacto negativo do acontecimento stressante no bem-estar físico, social e emocional (Moyer & Salovey, 1996), apresentando-se, portanto, como um importante preditor da QdV.

Os determinantes da QdV não se esgotam naqueles que aqui foram descritos. Muitas outras variáveis como as condições de vida, a cultura, a religião, entre outras, podem também ter impacto na QdV dos indivíduos.



## **CAPÍTULO 3 – *Burnout* e Qualidade de Vida em Profissionais de Saúde**

Pelo impacto e pelas consequências negativas na saúde do trabalhador, das organizações e da sociedade em geral, pode considerar-se o *burnout* como um problema das sociedades atuais.

A síndrome de *burnout* pode acontecer em qualquer profissão, embora seja particularmente evidente em profissionais de saúde em virtude de características próprias deste contexto profissional, como sejam o contacto direto, contínuo e permanente com utentes em sofrimento, o trabalho excessivo e o envolvimento emocional nas problemáticas dos pacientes, muitas vezes em ambientes caracterizados pelo conflito e stress (Takaki & Sant'Ana, 2004).

Tal como referido anteriormente, a presença de *burnout* pode acarretar consequências não só ao nível da vida profissional, mas também ao nível da vida pessoal, afetando, a QdV dos sujeitos. Desta forma, o *burnout* interfere na QdV modificando a maneira como o indivíduo funciona nas diversas áreas da sua vida.

### **3.1 - A atividade profissional em contextos de saúde e suas implicações para o *burnout* e Qualidade de Vida**

Atualmente verifica-se um número cada vez mais amplo de profissionais de saúde sofrem de *burnout*, logo não gozam de uma boa QdV. Isto sucede porque vivenciam constantemente situações de aflição, exigência, agitação e pressão, sobretudo na área profissional.

A QdV de profissionais de saúde está intimamente relacionada com as condições laborais inerentes a este tipo de profissão. De acordo com Stamm (2010), a QdV pode incorporar quer aspetos negativos quer aspetos positivos. Relativamente aos aspetos negativos estes incluem duas dimensões: o STS (Stress Traumático Secundário) que diz respeito a um sentimento negativo relacionado com o trabalho, em virtude da exposição secundária a pessoas que experienciaram eventos traumáticos ou extremamente *stressantes*, e que se exterioriza através do medo, dificuldades em dormir, intrusão de imagens relativas às experiências traumáticas dos doentes ou pelo afastamento de tudo aquilo que faz lembrar tais experiências; e o *burnout*, que se expressa através sentimentos de ira, frustração, tristeza, descontentamento, exaustão e depressão, relacionados com o sentimento de que os esforços não fazem diferença, com o excesso de

trabalho e com dificuldades em lidar com a pressão ou com o pouco suporte no ambiente de trabalho. No mesmo sentido, também Pereira e colaboradores (2010) referem que as consequências que advêm das experiências vivenciadas pelos profissionais de saúde refletem-se na própria QdV e bem-estar.

A respeito do impacto das condições laborais de profissionais de saúde no *burnout* e QdV, van Bogaert e colaboradores (2009), num estudo realizado com enfermeiros de diversas unidades hospitalares, concluíram que o ambiente de trabalho se relaciona com a exaustão emocional, a despersonalização e a ineficácia que, por sua vez, conduzem a menor satisfação, maior intenção de saída da organização e tem impacto negativo na QdV e na qualidade dos cuidados prestados.

Num outro estudo com profissionais de saúde, West e colaboradores (2006) verificaram que o *burnout* afeta a relação com os pacientes na medida em que estabelecem menos contacto com eles, bem como pode conduzir a um maior risco de cometer erros no tratamento médico, podendo afetar, por isso, a qualidade do trabalho dos profissionais. Procurando analisar a relação entre o *burnout* e a satisfação dos pacientes quanto ao cuidado prestado, Vahey e colaboradores (2004) verificaram que a exaustão emocional e a falta de realização pessoal são fatores importantes na determinação da satisfação dos pacientes com os cuidados prestados. Ou seja, nas unidades em que os enfermeiros apresentavam sinais de *burnout*, os pacientes referiam menor satisfação com a qualidade do apoio prestado.

Grau, Suñer e García (2005) realizaram um estudo com 1095 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares) e verificaram que 41.6% apresentou cansaço emocional, principalmente os médicos e os enfermeiros, sendo que Silva e Gomes (2009) com 155 profissionais da área de saúde, a trabalharem em instituições hospitalares e centros de saúde da região norte de Portugal, revelou que 15% destes profissionais tinham experiências significativas de stress e 6% experienciam problemas de exaustão emocional.

Segundo Oliveira e Pereira (2012), o trabalho por turnos (um dos aspetos intrínsecos ao trabalho de muitos profissionais de saúde) poderá ter repercussões diretas sobre a vida pessoal e familiar do profissional de saúde, uma vez que o número de horas semanais de trabalho e a forma como são distribuídas, podem conduzir ao *burnout* e, consequentemente afetar a QdV.

Asaiag e colaboradores (2010) também chamam a atenção para o facto de a residência médica poder gerar sonolência diurna e *burnout*, que afetam a saúde física e mental do médico e prejudicam sua QdV.

Em suma, o *burnout* poderá afetar mais os profissionais de saúde porque estão diariamente expostos a inúmeras situações de desgaste, tanto no contacto com os doentes como no próprio ambiente laboral. Estes estão em contacto direto com pessoas em

sofrimento, padecem, muitas vezes com sobrecarga de trabalho, com horários irregulares, ou seja de circunstâncias que podem afetar negativamente a sua QdV.

### 3.2 - Determinantes do *burnout* e Qualidade de Vida em profissionais de saúde

Ao nível organizacional em contextos de saúde, são diversos os fatores que podem influenciar o desenvolvimento da síndrome de *burnout* e, conseqüentemente diminuir a QdV dos profissionais. Num estudo realizado a nível nacional, foi encontrado que as principais fontes de stress são a sobrecarga de trabalho, más condições físicas e técnicas, falta de recursos e um número excessivo de doentes (Mcintyre *et al.*, 1999). Mais recentemente, Silva e Gomes (2009), num estudo realizado com 155 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), constataram igualmente uma multiplicidade de fontes de tensão, nomeadamente, lidar com erros, a instabilidade profissional, o excesso de trabalho e a elaboração de relatórios técnicos.

No que diz respeito às variáveis pessoais determinantes no desenvolvimento de *burnout*, podem incluir-se variáveis como a idade, o estado civil, e a categoria profissional.

Num estudo com enfermeiros de hospitais e centros de saúde portugueses, Gomes, Cruz & Cabanelas (2009) encontraram que os mais novos evidenciam maior tendência para a despersonalização. Mais recentemente, Oliveira e Pereira (2012) verificaram, de forma semelhante, que os enfermeiros mais novos apresentavam valores mais elevados de exaustão emocional e despersonalização e valores mais baixos de realização profissional. Resultados semelhantes foram também encontrados por Ramirez e colaboradores (1995) e mais recentemente por Demirci e colaboradores (2010) em amostras constituídas por profissionais de serviços de oncologia. Silva e Gomes (2009) encontraram ainda que os solteiros apresentam menores níveis de realização pessoal e que os enfermeiros, em comparação com os médicos, experienciam maiores níveis de stress.

Num estudo levado a cabo por Hawkins, Howard e Oyebode (2007) os autores pretenderam analisar o impacto do estilo de vinculação e a forma como afeta a resposta ao stress, concluindo que os enfermeiros nos quais predomina um estilo de insegurança experimentam mais stress e procuram menos apoio social no trabalho do que os enfermeiros que apresentam um estilo de vinculação mais seguro. Recomendam a necessidade de formação como condição para o desenvolvimento de um estilo de vinculação mais seguro e a adoção de estratégias de coping adaptativas.

Os estilos de coping também têm sido considerados um fator importante, enquanto determinantes do *burnout* (de Rijk *et al.*, 1998) Em situação de *burnout*, o sujeito procura adaptar-se de modo a proteger-se das tensões, desenvolvendo dessa forma, estratégias de confronto. Segungo Pais-Ribeiro e Rodrigues (2004), o coping é uma variável intermediária

entre um acontecimento e os resultados ou consequências a termo desses acontecimentos. Os autores acrescentam que se este processo funcionar de modo ideal, os seus resultados a longo prazo serão positivos e, portanto, o coping teve efeitos adaptativos. Daqui resulta que as estratégias de coping utilizadas pelos indivíduos podem aliviar ou até mesmo prevenir os sintomas de *burnout* e, dessa forma, conduzir a uma melhor percepção de QdV.

Telles e Pimenta (2009), procurando estudar o *burnout* e as estratégias de coping numa amostra de profissionais na área da saúde, encontraram que as estratégias de coping focalizadas no problema foram as mais usadas na gestão do *burnout*, seguida da prática religiosa. Ou seja, em situação de elevado stress, os profissionais procuraram desenvolver estratégias que lhes permitissem interferir ativamente no problema, diminuindo o desgaste emocional.

Por sua vez, Dorz e colaboradores (2003) concluíram que planejar e evitar agir de forma impulsiva são estratégias de coping preditivas da realização pessoal, ao passo que, negar o problema e usar o humor para enfrentar a situação são estratégias mais relacionadas com a exaustão emocional e a despersonalização. Mais recentemente, num estudo realizado em Portugal, Cumbe (2010) concluiu que o controlo interno/externo dos problemas apareceu como a principal estratégia de coping correlacionada de forma significativa com as dimensões exaustão emocional e realização pessoal.

A satisfação profissional apresenta-se igualmente como um fator antecedente do *burnout*. Num estudo realizado com profissionais na área da saúde, Rosa e Carlotto (2005) encontraram uma relação significativa entre a satisfação no trabalho e o *burnout*. Especificamente, as autoras verificaram que a insatisfação com o ambiente físico, com a função exercida, com a falta de participação nas tomadas de decisão e com a supervisão eleva a exaustão emocional. Para além disso, as autoras encontraram que a insatisfação influencia de forma negativa o sentimento de envolvimento profissional. Por sua vez, a satisfação com a supervisão, com os benefícios e políticas da organização e com o conteúdo do trabalho são elementos importantes de realização profissional, sendo que, segundo Rosa e Carlotto (2005) podem ser entendidos como fatores de proteção do *burnout*.

Uma pesquisa realizada na Suécia, com 1022 médicos, demonstrou que os inquiridos menos satisfeitos com o trabalho eram aqueles que apresentavam pontuações mais elevadas no *burnout* (Dolan, Piñol e Cannings, 2003). Num estudo realizado com 400 profissionais da área da saúde de diferentes categorias (médicos, enfermeiros, administrativos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas da fala, psicólogos, assistentes operacionais, higienistas) de Portugal e do Brasil, Dias, Queirós e Carlotto (2010) encontraram uma relação negativa entre o *burnout* e a satisfação no trabalho.

Especificamente, as autoras encontraram que níveis elevados de exaustão emocional e despersonalização estão associados a menor satisfação no trabalho.

Características como as exigências do trabalho (sejam elas de natureza física, emocional ou cognitiva), a duração do trabalho, a ambiguidade de papéis, a falta de autonomia e controlo, a não participação na tomada de decisão, o clima organizacional, entre outros (Beham, Drobnič & Verwiebe, 2006; Gurses, Carayon, & Wall, 2009; Jonge *et al.*, 2001; de Lange *et al.*, 2004; Lee & Ashforth, 1990; Michie & Williams, 2003; Stansfeld & Candy, 2006) são fatores frequentemente apontados na literatura como preditores da saúde e bem-estar no trabalho e, consequentemente, da QdV. Por exemplo, numa amostra com 405 profissionais de unidades de cuidados de saúde de longa duração, Schaefer e Moos (1996) concluíram que a sobrecarga de trabalho e problemas na relação com o supervisor são fatores preditores de depressão e sintomas físicos. Mais recentemente, Mark e Smith (2011) encontraram numa amostra de 870 enfermeiros de diversos serviços que a exigência das tarefas, as pressões externas e o empenhamento excessivo no trabalho relacionam-se de forma positiva com a ansiedade e a depressão, diminuindo, assim, a QdV.

Por sua vez, fatores como a satisfação no trabalho (Faragher, Cass & Cooper, 2005) ou as boas relações de trabalho e a existência de suporte social (Dean *et al.*, 1994) podem ter impacto na QdV, mas no sentido positivo. No que diz respeito à satisfação no trabalho, esta pode ter um impacto na saúde mental do indivíduo, pode contribuir para um lidar mais eficaz com o *stress* no trabalho e, desta forma, contribuir para uma melhor QdV (Bovier *et al.*, 2009).

O suporte social pode também ter um efeito positivo sobre a saúde e QdV dos trabalhadores. Num estudo com 350 enfermeiros de diversas especialidades, Bradley e Cartwright (2002) encontraram que, sobretudo o suporte por parte da organização é um importante preditor da saúde, sendo que, os inquiridos que indicaram que sentiam que eram valorizados pela organização eram aqueles que reportavam melhores índices de saúde e QdV.

Pelo que foi exposto, pode concluir-se que o trabalho, dependendo das condições em que se realiza, pode representar um fator de risco para a saúde dos trabalhadores e, consequentemente, para a QdV sentida. Neste sentido, as intervenções que visam a promoção da QdV devem focar-se nos aspetos positivos e nas funcionalidades individuais, bem como, privilegiar a intervenção comunitária, dado que os aspetos funcionais e os psicológicos devem estar em equilíbrio com os aspetos sociais e a integração do indivíduo na comunidade (Pais-Ribeiro, 2009).

### 3.3 - *Burnout* e qualidade de vida em profissionais de saúde em cuidados paliativos oncológicos

A síndrome de *burnout* e uma QdV diminuída podem ocorrer em profissionais de saúde das diversas áreas devido à exposição frequente ao sofrimento e morte, particularmente em Cuidados Paliativos (Kuerer *et al.*, 2007; Ramirez *et al.*, 1995). O *burnout* pode surgir em qualquer profissional de saúde que cuida de pessoas, no entanto, tem tendência a ser mais frequente em profissionais que cuidam de doentes em fim de vida, pela proximidade da morte, pelo sofrimento físico e psicológico do doente e família.

Segundo Loreto (2001:19) “O contacto permanente com situações de ameaça à vida a par do sofrimento físico e psicológico com que se deparam os enfermeiros em serviços de Oncologia torna este grupo profissional bastante vulnerável a situações de *burnout*.”.

Na verdade, a interação prolongada com os doentes e seus familiares, o contacto frequente com o sofrimento e morte, e por se tratar de um contexto que exige um cuidar de doentes com doença crónica e terminal, envolvendo muitas vezes a comunicação e transmissão de más notícias, podem resultar num impacto significativo para os profissionais que trabalham em contextos paliativos.

Para Florio (2010) o stress que deriva da relação direta com os doentes tem um impacto tão importante e significativo quanto o *burnout* na vida destes profissionais de saúde. Por vezes, o profissional de saúde em Cuidados Paliativos depara-se com dilemas éticos, necessitando de suporte social no trabalho para tomar as decisões mais adequadas. A vivência de situações limite na prestação de cuidados médicos em contexto de Cuidados Paliativos, pode levar a problemas de comunicação com doentes e seus familiares, agravado pela pouca disponibilidade de tempo para cada doente, podendo mesmo verificar-se situações de conflito. Também a ambiguidade e conflito de papéis pode desencadear relações interpessoais conflituosas com a equipa de saúde, logo, com maior frequência podem surgir problemas de comunicação e coesão de grupo. Assim, a relação interpessoal que se impõe constitui uma fonte de stress que, no decorrer do tempo, poderá contribuir para o desenvolvimento de *burnout* e para uma menor QdV. O profissional de saúde que desempenha funções em Cuidados Paliativos deve ser detentor de competências específicas, que resultam de formação avançada e aprendizagens específicas que, quando não se verificam, pode desencadear sentimento de não proporcionar cuidados de qualidade, o que pode originar a diminuição da realização pessoal no trabalho e também falta de reconhecimento pelo seu trabalho (Abalo & Roger, 1999; Arranz & Auñón, 1996; García *et al.*, 2008; Fillion *et al.*, 2009; Pereira, Fonseca & Carvalho, 2011; Worthington, 2005).

A QdV no trabalho definida no artigo 15º do regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho (Lei nº 102/2009, de 10 de setembro) deve orientar as intervenções no

local de trabalho no sentido de reduzir fatores institucionais/organizacionais associados ao à síndrome de *burnout*. Neste sentido, os profissionais de saúde que desempenham funções em Cuidados Paliativos são um grupo profissional particularmente exposto.

Segundo Pereira e colaboradores (2011), o *burnout* ocorre, frequentemente, como resultado do envolvimento pessoal, elevada motivação e diligência, face a exigências profissionais e capacidade de resposta, sucessivamente e já cronicamente, desequilibradas.

Com o objetivo de estudar a prevalência da síndrome de *burnout* e identificar os fatores de *burnout* entre os profissionais de enfermagem de Cuidados Paliativos, García e colaboradores (2009), realizaram um estudo em que participaram 105 enfermeiras, 64 das quais trabalhavam em Cuidados Paliativos. Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos de enfermeiras que trabalhavam em Cuidados Paliativos e noutros contextos, no entanto, as que trabalhavam em Cuidados Paliativos apresentavam mais cansaço emocional e uma reduzida realização pessoal. Os níveis de *burnout* foram semelhantes nos dois grupos e as enfermeiras que trabalhavam em Cuidados Paliativos mostraram-se mais satisfeitas, pelo que se pode concluir que a experiência poderá ser um fator protetor face à exaustão emocional, não desvalorizando a necessidade de formação específica e o treino de capacidades de comunicação, como medidas de prevenção de *burnout*.

Na oncologia, especificamente, o contacto contínuo com o sofrimento e com a morte, inerente a esta área, confronta os profissionais do cuidar com a sua própria fragilidade, finitude e mortalidade.

Avellar e colaboradores (2007) consideram que o quotidiano numa unidade de oncologia pode contribuir decisivamente para o sofrimento psíquico dos enfermeiros e outros profissionais da área da saúde, sendo identificado por alguns autores, como um local onde o trabalho é penoso e insalubre para toda a equipa multidisciplinar envolvida. O facto de se lidar com a dor do outro, com o sofrimento, com a morte e perdas e com a baixa remuneração, propicia ao desenvolvimento de desgaste emocional, físico e mental e consequente, *burnout*.

Twycross (2003) reitera esta ideia afirmando que os principais fatores desencadeadores de *burnout* nos profissionais de saúde são: a comunicação de más notícias; a adaptação ao insucesso da cura médica; a exposição repetida à morte de pessoas, com as quais estabeleceu uma relação; o envolvimento em conflitos emocionais; a absorção da cólera e da mágoa expressa pelo doente e família; a manutenção de um papel obscuro na equipa de cuidados; o idealismo pessoal; os desafios que enfrenta relativamente ao sistema de crenças pessoal.

Neste sentido, os profissionais de saúde e, em particular os profissionais de oncologia, representam um grupo de risco, sobretudo devido ao contacto emocionalmente exigente, ao tipo de diagnóstico com que se confrontam na realidade dos seus pacientes, às decisões

que têm que tomar face à deteção de situações clínicas e ao prognóstico e escolha do tratamento mais eficaz (Pereira, Rodrigues & Cunha, 2010).

De facto, cuidar de doentes oncológicos é uma prática que se constitui num conjunto único de fatores de stress, como a transmissão frequente de más notícias, a incapacidade para curar muitos dos pacientes, a necessidade de gerir tratamentos e intervenções com elevados níveis de toxicidade e a exposição frequente ao sofrimento e morte de pacientes (Kuerer *et al.*, 2007).

Diversos estudos têm demonstrado que uma elevada percentagem de profissionais cuidadores de pacientes com cancro revelam experienciar *burnout*. Fenga e colaboradores (2007) compararam os níveis de stress dos enfermeiros que trabalhavam em doenças infecciosas com outro grupo da área da oncologia, verificando que os últimos tinham mais *burnout* e mais patologia psicossomática.

Num estudo realizado nos EUA, com uma amostra de 1464 profissionais dos serviços de Oncologia, Allegra, Hall e Yothers (2005) encontraram que 61,7% dos inquiridos reportaram experienciar *burnout*. Mais recentemente, Emold e colaboradores (2011) verificaram, numa amostra de enfermeiros de seis unidades oncológicas, que mais de 60% dos participantes indicaram níveis relativamente frequentes de exaustão emocional e 28% indicaram experienciar despersonalização. Contudo, cerca de 80% dos participantes revelaram elevados níveis de realização pessoal, o que segundo os autores mencionados, pode indicar que a exaustão emocional não implica automaticamente baixos níveis de realização pessoal. Tal pode dever-se, de acordo com Kuerer e colaboradores (2007), ao facto de que a prática de medicina nesta área pode providenciar oportunidades de desenvolver uma carreira com enorme significado e satisfação.

Sá (2006) desenvolveu um estudo sobre o *burnout* em enfermagem oncológica, no qual concluiu que os enfermeiros estão predispostos a desenvolver o *burnout* devido às características intrínsecas do seu trabalho: trabalham diretamente e intensamente com pessoas em sofrimento e são os profissionais de saúde que passam mais tempo com os pacientes nas unidades de internamento ou de tratamento em ambulatório. Os enfermeiros que trabalham em áreas de oncologia, muitas das vezes, sentem-se esgotados pelo facto de darem muito de si aos seus doentes e receberem pouco em troca.

Também Wilson e colaboradores (2007) consideram que os profissionais de hospitais/enfermarias vocacionados para a oncologia estão submetidos a níveis consideráveis de *stress* devido à intensidade emocional do seu trabalho que envolve sucesso clínico limitado, contacto com pessoas extremamente doentes e agónicas.

No entanto, os resultados de um estudo desenvolvido por Cumbe (2010) com uma amostra de 46 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) das unidades oncológicas em



ambulatório no Hospital de São João, Hospital Geral Santo António, Hospital de Beja e de Faro, revelaram níveis médios a baixos de *burnout* junto destes profissionais.

Para além disso, importa referir que os níveis de *burnout* podem variar em função do grupo profissional. Na investigação conduzida por Ramirez e colaboradores (1995) os autores concluíram que os médicos de oncologia apresentavam maior prevalência de exaustão emocional e baixa realização pessoal em comparação com os especialistas dos Cuidados Paliativos. Num estudo mais recente levado a cabo com uma amostra de profissionais de saúde em exercício de funções em Oncologia, Sehlen e colaboradores (2009) encontraram que os médicos e enfermeiros indicavam maiores índices de *stress* ocupacional do que os radioterapeutas e os físicos médicos.

Le Blanc e colaboradores (2001) ressaltam a importância de incluir também as exigências emocionais como variável preditora do *burnout*, sobretudo em estudos efetuados na área dos cuidados de saúde oncológicos, em que estes profissionais lidam constantemente com pessoas em elevado sofrimento e com diversos problemas de foro emocional.

Segundo Chaves (2008), as vivências destes profissionais no seu quotidiano com estes doentes obriga-os a reprimir determinadas emoções e pensamentos, o que pode conduzir ao cansaço e esgotamento, exigindo sucessivas estratégias de *coping* e resiliência individual, de forma a protegerem a sua saúde física e mental.

Pacheco (2002:128), afirma também que muitos profissionais de saúde sentem dificuldade em lidar tão perto com o morrer pelo que muitas vezes optam por desligar-se do doente e da própria morte, desenvolvendo mecanismos de defesa e os mais variados comportamentos de fuga. “Uma vez instalado o *burnout*, surgem, geralmente, queixas de perda de grande parte do idealismo, firmeza e energia iniciais. O interesse e os sentimentos positivos acerca de si próprio mas também em relação aos outros desaparecem podendo desenvolver-se o desânimo, a quebra de rendimento e a falta de significação do trabalho. O indivíduo compromete-se menos em termos laborais, devido à sua insatisfação profissional, assistindo-se, concomitantemente, a um aumento dos índices de absentismo, rotação interna (entre serviços de uma mesma instituição) e abandono do emprego.”

Twycross (2003) enuncia algumas estratégias de combate ao *burnout* nestes profissionais. Estes indivíduos devem aprender a enfrentar a sua própria mortalidade; a reconhecer as suas limitações pessoais e profissionais; a partilhar o controlo; a aprender a estar com os doentes e não só a prestar-lhes serviços; a enfrentar o desafio às próprias crenças e a lidar honestamente com as emoções próprias.

Em resumo, parece existir uma vulnerabilidade dos profissionais de saúde, e em particular dos que exercem em Cuidados Paliativos oncológicos, para o desenvolvimento de *burnout* e de uma QdV diminuída. Neste sentido é essencial que estes profissionais se

tornem capazes de uma autorreflexão e auto monitorização do seu bem-estar físico, psicológico e emocional. Estas capacidades pessoais são consideradas, por médicos e enfermeiros portugueses, como estratégias ativas para prevenir o *burnout* (Pereira *et al.*, 2011).

## PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

---

## CAPÍTULO 4 – Objetivos e Metodologia

### 4.1 - Fundamentação

O trabalho dos profissionais da área da saúde e, particularmente, em contextos Paliativos, envolve diversos fatores de risco ocupacional, nomeadamente o confronto com situações de elevada exaustão emocional, como seja o contacto com doentes terminais, que, consequentemente podem afetar não só os próprios profissionais, mas também todos aqueles a quem prestam os seus serviços e com quem lidam diariamente (Gomes & Cruz, 2004). Esta multiplicidade de exigências laborais, se persistente, pode levar estes profissionais ao desenvolvimento da síndrome de *burnout*, com impacto negativo no seu bem-estar físico e mental e, consequentemente, na sua QdV.

Em Portugal, os estudos sobre este fenómeno, em geral, e nos profissionais de saúde, em particular, são ainda escassos (Gomes & Cruz, 2004), bem como aqueles que têm procurado analisar os seus determinantes. Na verdade, várias evidências têm indicado que fatores situacionais e sociodemográficos (Gomes, Melo e Cruz, 2000; Dorz *et al.*, 2003; Ramirez *et al.*, 1995), assim como fatores pessoais (Moreno-Jiménez *et al.*, 2002; Silva & Gomes, 2009), podem estar relacionados com o *burnout* e QdV dos profissionais de saúde.

Os estilos de coping adotados por estes profissionais quando se confrontam com situações adversas, por exemplo, parecem ser de extrema importância, sendo que o uso de determinados estilos inadequados, pode conduzir a efeitos negativos, nomeadamente na capacidade de adaptação às exigências profissionais (Silva & Gomes, 2009). Por sua vez, também a satisfação no trabalho parece influenciar o bem-estar emocional e a QdV em contextos laborais de saúde, demonstrando a literatura que uma boa satisfação no trabalho está relacionada com níveis mais reduzidos de *burnout* (Queirós, 2005).

Contudo, no nosso país, o papel determinante destes fatores no *burnout* e QdV de profissionais de saúde, em geral, e daqueles que trabalham em Cuidados Paliativos, em particular, não tem sido muito estudado, o que limita a compreensão da adaptação psicossocial destes profissionais.

Atendendo à crescente importância atribuída ao fenómeno do *burnout* e QdV de profissionais de saúde e, especificamente, daqueles que exercem a sua atividade em contextos paliativos (Gomes & Cruz, 2004) pretende-se com este estudo contribuir para aprofundar o conhecimento acerca destes indicadores de adaptação em profissionais de saúde em contexto hospitalar de Cuidados Paliativos oncológicos e, desta forma, contribuir para a promoção da sua saúde mental e ajustamento psicossocial, bem como para o colmatar de uma lacuna de investigação existente no nosso país. Maior conhecimento acerca destes aspetos poderá contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais

eficazes de prevenção e intervenção e, concomitantemente para maximizar as medidas de promoção de saúde mental destes profissionais.

## 4.2 - Objetivos

O presente estudo tem como objetivo geral: compreender o *burnout* e QdV de profissionais de saúde em exercício de funções nos Cuidados Paliativos oncológicos em contexto hospitalar.

Especificamente procurou-se:

- Avaliar os níveis de *burnout* nos profissionais de saúde em serviço nos Cuidados Paliativos oncológicos;
- Avaliar a QdV dos profissionais de saúde em serviço nos Cuidados Paliativos oncológicos;
- Avaliar os níveis de satisfação no trabalho dos profissionais de saúde em serviço nos Cuidados Paliativos oncológicos;
- Analisar o papel determinante das variáveis sociodemográficas no *burnout* e QdV;
- Analisar o papel determinante das variáveis relativas à profissão/contexto profissional no *burnout* e QdV;
- Analisar o papel determinante da satisfação no trabalho e dos estilos de coping no *burnout* e na QdV;
- Analisar o papel determinante do *burnout* na QdV.

## 4.3 - Metodologia

### 4.3.1 – Amostra

No presente estudo foi usada uma amostra de conveniência constituída por um grupo de 22 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) a trabalhar em contexto hospitalar de Cuidados Paliativos oncológicos.

Para efeitos comparativos, foi ainda recolhida uma amostra de profissionais de saúde em exercício de funções noutros serviços (N=24), bem como uma amostra intencional de sujeitos de população geral (N=22).

### 4.3.2 - Procedimentos de recolha e análise de dados

A metodologia adotada neste estudo de natureza quantitativa, descritiva, correlacional e transversal passou pelo recrutamento de profissionais de saúde a trabalhar numa unidade de Cuidados Paliativos oncológicos em contexto hospitalar, nomeadamente médicos e enfermeiros. Para efeitos comparativos foi recolhida uma amostra de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) em exercício de funções nos serviços de unidade de cuidados intensivos polivalentes e serviço de urgência.

Para a realização deste trabalho foram respeitadas as normas inerentes ao protocolo de Helsínquia e à Convenção de Oviedo, tendo sido formalizados pedidos de autorização às instituições hospitalares e respetivas Comissões de Ética, bem como aos autores dos instrumentos de avaliação.

Os dados foram recolhidos através de um protocolo de avaliação em duas Instituições Hospitalares públicas, nomeadamente o Centro Hospitalar Tâmega e Sousa EPE e o Instituto de Oncologia do Porto EPE. Todos os questionários foram acompanhados de uma carta explicando a natureza do estudo e assegurando a confidencialidade dos dados, bem como foi solicitado o consentimento informado de participação.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20,0.

### 4.3.3 - Instrumentos de avaliação

O protocolo de avaliação usado para recolha dos dados foi composto pelo Inventário de *Burnout de Maslach* (MBI-HSS), pelo Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-Bref), pelo Questionário de Satisfação com a Pática Profissional, pelo Brief COPE e por um questionário sociodemográfico para a recolha de informação pessoal e relativa à situação profissional dos sujeitos da amostra.

À semelhança dos profissionais de saúde, também os indivíduos da população em geral foram sujeitos ao referido protocolo de avaliação.

#### *Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS)*

O *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey* (MBI-HSS) (Maslach & Jackson, 1986) é um instrumento de auto registo que compreende 22 afirmações que incidem sobre sentimentos relacionados com o trabalho, divididos por três dimensões: exaustão emocional – pretende analisar sentimentos de sobrecarga emocional e a incapacidade para dar resposta às exigências interpessoais do trabalho (9 itens); despersonalização – pretende medir respostas frias, impessoais ou até mesmo negativas

dirigidas para aqueles a quem prestam serviços (5 itens); e realização pessoal – usada para avaliar sentimentos de incompetência e falta de realização pessoal (8 itens).

A resposta é dada sobre a frequência com que cada sentimento ocorre numa escala tipo Likert de sete pontos, que varia entre 0 “Nunca” a 6 “Todos os dias”. As pontuações nas subescalas, seguindo os pontos de corte dos autores originais para o grupo de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) usado na amostra de validação original, podem ser classificadas em três níveis de *burnout*: baixo, moderado e elevado (Quadro 2).

**Quadro 2. Níveis de *Burnout***

Níveis Subescalas	Baixo	Médio	Elevado
<b>Exaustão Emocional</b>	$\leq 18$	19 - 26	$\geq 27$
<b>Despersonalização</b>	$\leq 5$	6 - 9	$\geq 10$
<b>Realização Pessoal</b>	$\geq 40$	39 - 34	$\leq 33$

Elevado *burnout* reflete-se em pontuações elevadas nas subescalas Exaustão Emocional e Despersonalização e baixa pontuação na subescala Realização Pessoal; um nível médio de *burnout* reflete-se em pontuações moderadas nas três subescalas; baixo nível de *burnout* reflete-se em pontuações baixas nas subescalas Exaustão Emocional e Despersonalização e pontuações elevadas na subescala Realização Pessoal.

No presente estudo, foi usada a versão traduzida e adaptada por Melo e colaboradores (1999).

#### *Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-Bref).*

O WHOQOL-Bref, validado para a população portuguesa por Canavarro e colaboradores (2006), é uma medida subjetiva e multidimensional destinada à avaliação da QdV de indivíduos saudáveis ou não saudáveis. É composto por 26 itens que representam 24 facetas específicas, avaliadas por uma questão, e uma faceta sobre QdV em geral, avaliada por um item relativo à QdV global e outro sobre a percepção geral da saúde.

As 24 facetas organizam-se em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente (Quadro 3). Para cada um dos domínios a pontuação varia entre 0 e 100, sendo que valores mais elevados correspondem a uma melhor percepção de QdV.

Quadro 3. Domínios e facetas do WHOQOL-Bref

Domínio	Facetas
<b>Físico</b>	1.Dor e desconforto 2.Energia e fadiga 3.Sono e repouso 9.Mobilidade 10.Atividades da vida quotidiana 11.Dependência de medicação ou de tratamento 12.Capacidade de trabalho
<b>Psicológico</b>	4.Sentimentos positivos 5.Pensamento, aprendizagem, memória e concentração 6.Autoestima 7.Imagem corporal e aparência 8.Sentimentos negativos 24.Espiritualidade/religião/crenças pessoais
<b>Relações Sociais</b>	13.Relações pessoais 14.Suporte social 15.Atividade sexual
<b>Ambiente</b>	16.Segurança física e proteção 17.Ambiente no lar 18.Recursos financeiros 19.Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20.Oportunidade de adquirir novas informações e competências 21.Participação em/e oportunidades de recreio/lazer 22.Ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) 23.Transportes
<b>Qualidade de Vida Geral</b>	

### *Satisfação com a Prática Profissional*

O questionário de Satisfação com a Prática Profissional foi desenvolvido por Pais-Ribeiro e Maia (2002) e é composto por 24 itens organizados em seis dimensões: satisfação com o futuro da profissão, apoio da hierarquia, reconhecimento pelos outros do trabalho realizado, profissão, relação com colegas, condições físicas de trabalho (Quadro 4).

A resposta ao questionário é dada numa escala ordinal de cinco posições entre o «discordo totalmente com a afirmação» até ao «concordo totalmente com a afirmação». A escala permite ainda a obtenção de um score global, correspondendo as notas mais altas a uma perceção de maior satisfação com o trabalho.



Quadro 4. Dimensões do questionário de Satisfação com a Prática Profissional

Dimensões	Itens respetivos	Itens invertidos
Segurança com o Futuro Profissional	5, 8, 13	
Apoio da Hierarquia	4, 11, 19	
Reconhecimento pelos Outros do Trabalho Realizado	1, 6, 15, 18, 21	1, 21
Condições Físicas do Trabalho	9, 17, 23	
Relação com os Colegas	7, 20, 22, 24	20, 24
Satisfação Profissional	2, 3, 10, 12, 14, 16	2, 3, 10

*Brief COPE*

O Brief COPE é um questionário de auto-relato que se destina a avaliar estilos e estratégias de coping. Este instrumento, adaptado e validado para a população portuguesa por Pais Ribeiro e Rodrigues (2004) é composto por 28 itens, distribuídos por 14 escalas, cada uma com dois itens (Quadro 5).

Os itens são redigidos em termos da ação que as pessoas implementam, e a resposta é dada numa escala ordinal com quatro alternativas (de 0 a 3) entre «nunca faço isto» até «faço sempre isto».

O resultado final é apresentado sob a forma de um perfil e as subescalas não são somadas nem existe uma pontuação total. Um valor mais elevado numa subescala individual indica uma maior utilização da estratégia de coping correspondente.

Quadro 5. Escalas do Brief COPE e sua definição

Escala	Definição
<b>Coping ativo</b>	Iniciar uma ação ou fazer esforços, para remover ou circunscrever o <i>stressor</i>
<b>Planejar</b>	Pensar sobre o modo de se confrontar com o <i>stressor</i> , planejar os esforços de coping ativos
<b>Utilizar suporte instrumental</b>	Procurar ajuda, informações, ou conselho acerca do que fazer
<b>Utilizar suporte social emocional</b>	Conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém
<b>Religião</b>	Aumento de participação em atividades religiosas
<b>Reinterpretação positiva</b>	Fazer o melhor da situação crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável
<b>Auto culpabilização</b>	Culpabilizar-se e criticar-se a si próprio pelo que aconteceu
<b>Aceitação</b>	Aceitar o facto que o evento stressante ocorreu e é real
<b>Expressão de sentimentos</b>	Aumento da consciência do <i>stress</i> emocional pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos
<b>Negação</b>	Tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento <i>stressante</i>
<b>Auto distração</b>	Desinvestimento mental do objetivo com que o <i>stressor</i> está a interferir, através do sonho acordado, dormir, ou auto distração
<b>Desinvestimento comportamental</b>	Desistir, ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objetivo com o qual o <i>stressor</i> está a interferir
<b>Uso de substâncias (medicamentos/álcool)</b>	Virar-se para o uso do álcool ou outras drogas (medicamentos) como um meio de desinvestir do <i>stressor</i>
<b>Humor</b>	Fazer piadas acerca do <i>stressor</i>

## CAPÍTULO 5 - Resultados

### 5.1 - Caracterização da amostra

Neste estudo foi usada uma amostra constituída por um grupo de profissionais de saúde e por um grupo de controlo, num total de 68 sujeitos. Relativamente aos profissionais de saúde, 22 exerciam nos Cuidados Paliativos, 15 em medicina intensiva e 9 na urgência. O grupo de controlo era composto por 22 sujeitos pertencentes à população geral.

Na tabela 1 são descritas as características sociodemográficas e profissionais do grupo de profissionais de saúde.

**Tabela 1. Características sociodemográficas e profissionais do grupo de profissionais de saúde**

Características sociodemográficas e profissionais	Tipo de grupo					
	Cuidados Paliativos (N=22)		UCIP (N=15)		Urgência (N=9)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
<b>Idade (anos)<sup>a</sup></b>	36,91	9,58	34,47	4,72	42,63	11,56
<b>Tempo de serviço (meses)<sup>b</sup></b>	152,83	102,07	71,50	40,97	124,67	94,68
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Género<sup>c</sup></b>						
Masculino	6	27,3	5	33,3	4	44,4
Feminino	16	72,7	9	60,0	5	55,6
<b>Escolaridade<sup>d</sup></b>						
Licenciatura	10	45,5	9	60	3	33,3
Formação pós-graduada	12	54,5	5	33,3	5	62,5
<b>Estado civil<sup>e</sup></b>						
Sol/Div	8	36,4	3	20	2	22,2
Cas/União de facto	14	63,6	11	73,3	6	66,7
<b>Profissão<sup>f</sup></b>						
Médico(a)	4	18,2	2	13,3	4	44,4
Enfermeiro(a)	17	77,3	12	80	5	55,6
<b>Sente-se realizado<sup>g</sup></b>						
Sim	4	18,2	14	93,3	8	88,9
Não	3	13,6	1	6,7	1	11,1
<b>Gostava de exercer outra profissão<sup>h</sup></b>						
Sim	3	13,6	6	40,0	0	0
Não	19	86,4	8	53,3	9	100

<sup>a</sup>missing = 1 (Urgência); <sup>b</sup>missing = 16 (Cuidados paliativos) e missing = 1 (UCIP); <sup>c</sup>missing = 1 (UCIP); <sup>d</sup>missing = 1 (UCIP) e missing = 1 (Urgência); <sup>e</sup>missing = 1 (UCIP) e missing = 1 (Urgência); <sup>f</sup>missing = 1 (Cuidados paliativos) e missing = 1 (UCIP); <sup>g</sup>missing = 15 (Cuidados paliativos); <sup>h</sup>missing = 1 (UCIP)

Quanto às características sociodemográficas do grupo de controlo, observou-se maior prevalência do género feminino (81,8%) e com uma média de idades de 34,61 anos (DP=7,85). A maioria dos inquiridos da população geral era casado (59,1%) e possuía formação até ao nível secundário (54,5%).

## 5.2 - *Burnout* e qualidade de vida em profissionais de saúde em cuidados paliativos

Análise da homogeneidade entre o grupo de profissionais de saúde em Cuidados Paliativos e o grupo de indivíduos da população geral nas variáveis sociodemográficas

Na tabela 2 encontram-se descritas as características sociodemográficas do grupo dos profissionais dos Cuidados Paliativos e do grupo da população geral. A comparação dos dois grupos revela a existência de diferenças significativas na variável escolaridade ( $\chi^2 = 17,438$ ,  $p < 0,01$ ).

**Tabela 2. Comparação entre os profissionais de saúde em Cuidados Paliativos e os indivíduos da população geral nas variáveis sociodemográficas**

Características sociodemográficas	Tipo de grupo				$t/\chi^2$
	Cuidados Paliativos		População Geral		
	Média	EP	Média	DP	
Idade (anos)	36,91	2,04	34,61	1,85	0,817
	N	%	N	%	
Género					
Masculino	6	27,3	4	18,2	0,518
Feminino	16	72,7	18	81,8	
Escolaridade					
Até Ensino Secundário	0	0	12	57,1	17,438*
Estudos Superiores	22	100	9	42,9	
Estado civil					
Solt/Div	8	36,4	8	36,4	0,000
Cas/União de facto	14	63,3	14	63,3	

\* $p < 0,01$

*Comparação entre os profissionais de saúde em Cuidados Paliativos e indivíduos da população geral nos níveis de burnout*

Na tabela 3 apresentam-se os resultados relativos ao efeito da variável tipo de grupo no *burnout*, controlando a influência da escolaridade.

A análise multivariada da covariância (MANCOVA) não revelou um efeito significativo da variável escolaridade nas diferentes dimensões do *burnout* [Hotteling's Trace = 0,007;  $F(3,34) = 0,085$ ;  $p = 0,968$ ;  $\eta_p^2 = 0,007$ ].

Relativamente ao tipo de grupo, encontrou-se um efeito multivariado com significância estatística [Hotteling's Trace = 0,260;  $F(3,34) = 2,942$ ;  $p = 0,047$ ;  $\eta_p^2 = 0,206$ ]. Especificamente verificaram-se diferenças significativas entre o grupo dos profissionais dos Cuidados Paliativos e o grupo da população geral na dimensão exaustão emocional [ $F(1,36) = 4,699$ ;  $p = 0,037$ ;  $\eta_p^2 = 0,115$ ], apresentando os primeiros maiores níveis de exaustão.

**Tabela 3. *Burnout* dos profissionais dos Cuidados Paliativos e da população geral nos diferentes domínios**

	Tipo de grupo		<i>F</i> <sup>a</sup>	<i>Post-Hoc</i> <sup>b</sup>
	Cuidados Paliativos (1)	População Geral (2)		
	Média (EP)	Média (EP)		
<b>Exaustão emocional</b>	19,75 (1,58)	13,97 (1,85)	4,699*	1>2
<b>Realização pessoal</b>	36,77 (1,76)	31,59 (2,05)	3,079	
<b>Despersonalização</b>	5,04 (1,23)	6,19 (1,49)	0,287	

<sup>a</sup> Efeito univariado do tipo de grupo

<sup>b</sup> Ajustamento para comparações múltiplas: Bonferroni

Com base nas médias marginais estimadas

\* $p < 0,05$

*Comparação entre os profissionais de saúde em Cuidados Paliativos e profissionais de saúde dos serviços UCIP e Urgência nos níveis de burnout.*

Na tabela 4 encontram-se os resultados da comparação entre os três grupos profissionais em termos das variáveis sociodemográficas e relativas ao contexto profissional. Como se pode constatar, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 4. Comparação dos três grupos de profissionais de saúde nas variáveis sociodemográficas e relativas ao contexto profissional

Características sociodemográficas e profissionais	Tipo de grupo						F/χ <sup>2</sup>
	Cuidados Paliativos		UCIP		Urgência		
	(N=22)		(N=15)		(N=9)		
	Média (EP)		Média (EP)		Média (EP)		
Idade (anos)	36,91 (2,04)		34,47 (1,22)		42,63 (4,09)		2,308
Tempo de serviço (meses)	152,83 (41,67)		71,50 (10,95)		124,67 (31,56)		2,939
	N	%	N	%	N	%	
Género							
Masculino	6	27,3	5	35,7	4	44,4	0,899
Feminino	16	72,7	9	64,3	5	55,6	
Escolaridade							
Licenciatura	10	45,5	9	64,3	3	37,5	1,825
Formação pós-graduada	12	54,5	5	35,7	5	62,5	
Estado civil							
Sol/Div	8	36,4	3	21,4	2	25	1,014
Cas/União de facto	14	63,6	11	78,6	6	75	
Profissão							
Médico(a)	4	18,2	2	13,3	4	44,4	3,147
Enfermeiro(a)	17	77,3	12	80,0	5	55,6	

p&lt; 0,05

Na tabela 5 apresentam-se os resultados relativos ao efeito do tipo de grupo no *burnout*. Os testes multivariados (MANOVA) não se revelaram estatisticamente significativos para a variável tipo de grupo [*Pillai's Trace* = 0,187;  $F(6,84) = 1,442$ ;  $p = 0,208$ ;  $\eta_p^2 = 0,093$ ].

Tabela 5. Efeito do tipo de grupo nas diferentes dimensões do *Burnout*

	Tipo de grupo			$F^a$
	Cuidados Paliativos	UCIP	Urgência	
	(N=22)	(N=15)	(N=9)	
	Média (EP)	Média (EP)	Média (EP)	
<b>Exaustão emocional</b>	19,77 (1,61)	15,40 (1,95)	15,00 (2,52)	2,062
<b>Realização pessoal</b>	36,41 (1,31)	33,60 (1,58)	34,33 (2,04)	1,023
<b>Despersonalização</b>	5,18 (1,25)	5,20 (1,51)	6,00 (1,95)	0,070

<sup>a</sup> Efeito univariado do tipo de grupo

Com base nas médias marginais estimadas

Na tabela 6 encontram-se os níveis de *burnout* nos três grupos profissionais. Os resultados obtidos indicam que, para os três grupos, a maioria dos profissionais de saúde manifesta baixos níveis de *burnout*, ao evidenciarem pontuações baixas nas subescalas Exaustão Emocional e Despersonalização e pontuações elevadas na subescala Realização Pessoal. O teste de qui-quadrado de Pearson não revelou a existência de diferenças significativas entre os grupos nos níveis de *burnout*, nas três subescalas.

**Tabela 6. Comparação dos três grupos profissionais nos níveis de *Burnout***

		Tipo de grupo			$\chi^2$	$p$
		Cuidados	UCIP	Urgência		
		Paliativos	(N=15)	(N=9)		
		(N=22)				
	Níveis	N (%)	N (%)	N (%)		
Exaustão emocional	Baixo	10 (45,5)	10 (66,7)	6 (66,7)	3,477	0,481
	Moderado	8 (36,4)	4 (26,7)	3 (33,3)		
	Elevado	4 (18,2)	1 (6,7)	0 (0)		
Realização pessoal	Baixo	6 (27,3)	2 (13,3)	2 (22,2)	1,238	0,872
	Moderado	6 (27,3)	5 (33,3)	2 (22,2)		
	Elevado	10 (45,5)	8 (53,3)	5 (55,6)		
Despersonalização	Baixo	11 (50,0)	8 (53,3)	4 (44,4)	0,706	0,951
	Moderado	8 (36,4)	4 (26,7)	3 (33,3)		
	Elevado	3 (13,6)	3 (20,0)	2 (22,2)		

*Comparação entre os profissionais de saúde em Cuidados Paliativos e indivíduos da população geral na percepção de QdV*

Na tabela 7 encontram-se os resultados relativos à análise do efeito da variável tipo de grupo na QdV, controlando a influência da escolaridade.

Embora a MANCOVA tenha revelado um efeito significativo da variável escolaridade nos diferentes domínios e faceta geral da QdV [*Hottelling's Trace* = 0,448;  $F(5,33) = 2,955$ ;  $p = 0,026$ ;  $\eta_p^2 = 0,309$ ] não se verificou um efeito univariado com significância estatística.

No que diz respeito ao tipo de grupo, não foi encontrado um efeito multivariado estatisticamente significativo nas diferentes dimensões e faceta geral da QdV [*Hottelling's Trace* = 0,164;  $F(5,33) = 1,085$ ;  $p = 0,387$ ;  $\eta_p^2 = 0,141$ ].

Tabela 7. Efeito do tipo de grupo na percepção da QdV

	Tipo de grupo		F <sup>a</sup>
	Cuidados Paliativos	População Geral	
	Média (EP)	Média (EP)	
<b>Físico</b>	78,34 (2,74)	74,69 (3,05)	0,735
<b>Psicológico</b>	75,40 (3,47)	75,90 (3,87)	0,008
<b>Relações sociais</b>	76,79 (3,62)	78,37 (4,03)	0,079
<b>Ambiente</b>	70,38 (2,09)	66,06 (2,33)	1,761
<b>QdV Geral</b>	71,43 (3,05)	71,73 (3,40)	0,004

<sup>a</sup> Efeito univariado do tipo de grupo

Com base nas médias marginais estimadas

*Comparação entre os profissionais de saúde em Cuidados Paliativos e profissionais de saúde dos serviços UCIP e Urgência na percepção de QdV*

Os resultados da comparação entre os grupos de profissionais de saúde nos diferentes domínios e faceta geral do WHOQOL-Bref, apresentados na tabela 8, indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [*Pillai's Trace* = 0,146;  $F(10,78) = 0,613$ ;  $p = 0,798$ ;  $\eta_p^2 = 0,073$ ].

Tabela 8. Efeito do tipo de grupo na percepção de QdV

	Tipo de grupo			F <sup>a</sup>
	Cuidados Paliativos	UCIP	Urgência	
	(N=22)	(N=15)	(N=9)	
	Média (EP)	Média (EP)	Média (EP)	
<b>Físico</b>	79,38 (2,55)	81,63 (3,20)	78,57 (3,99)	0,223
<b>Psicológico</b>	76,33 (3,10)	80,36 (3,88)	76,85 (4,84)	0,348
<b>Relações Sociais</b>	78,03 (3,30)	75,60 (4,13)	78,70 (5,15)	0,146
<b>Ambiente</b>	71,02 (2,43)	69,87 (3,04)	73,61 (3,80)	0,300
<b>QdV Geral</b>	72,16 (2,82)	77,68 (3,54)	76,39 (4,41)	0,833

<sup>a</sup> Efeito univariado do tipo de grupo

Com base nas médias marginais estimadas

### 5.3 - Satisfação no trabalho de profissionais de saúde em cuidados paliativos

*Comparação entre os profissionais de saúde em Cuidados Paliativos e profissionais de saúde dos serviços UCIP e Urgência nos níveis de Satisfação no Trabalho*

Na tabela 9 apresentam-se os resultados da comparação dos diferentes grupos de profissionais de saúde nas diferentes escalas do instrumento de avaliação da satisfação no



trabalho. As análises univariadas não revelam um efeito significativo do tipo de grupo nas diferentes escalas do instrumento.

**Tabela 9. Efeito do tipo de grupo nos níveis de Satisfação no Trabalho**

	Tipo de grupo			F
	Cuidados Paliativos	UCIP	Urgência	
	(N=22)	(N=15)	(N=9)	
	Média (EP)	Média (EP)	Média (EP)	
<b>Segurança com o Futuro Profissional</b>	9,86 (0,67)	8,73 (0,81)	9,78 (1,04)	0,636
<b>Apoio da Hierarquia</b>	11,95 (0,90)	11,40 (1,09)	12,33 (1,41)	0,151
<b>Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado</b>	22,50 (0,98)	22,07 (1,18)	22,22 (1,53)	0,042
<b>Condições físicas do trabalho</b>	12,23 (0,61)	14,40 (0,74)	13,11 (0,96)	2,555
<b>Relação com os colegas</b>	16,09 (0,41)	15,60 (0,50)	16,33 (0,64)	0,486
<b>Satisfação Profissional</b>	19,36 (0,59)	19,87 (0,71)	20,89 (0,92)	0,983

#### **5.4 - Determinantes do *burnout* de profissionais de saúde em cuidados paliativos**

##### *Correlações entre as variáveis em estudo*

Para a análise do papel determinante das variáveis sociodemográficas e profissionais, da satisfação com o trabalho e dos estilos de coping nas diferentes dimensões do *burnout* foram realizadas regressões múltiplas hierárquicas. Apenas as variáveis que se encontravam significativamente correlacionadas com as dimensões do *burnout* foram incluídas nos modelos de regressão. A tabela 10 mostra as correlações entre as variáveis sociodemográficas e profissionais, a satisfação com o trabalho, os estilos de coping e as dimensões do *burnout*.

A Exaustão Emocional aparece correlacionada de forma positiva com algumas variáveis sociodemográficas e profissionais, nomeadamente o estado civil e o tempo de serviço, e com os estilos de coping Desinvestimento comportamental e Autoculpabilização. Para além disso, correlaciona-se de forma negativa com as dimensões da satisfação no trabalho Reconhecimento pelos Outros do Trabalho Realizado e Condições Físicas do Trabalho.

A Realização Pessoal correlaciona-se de forma positiva com a variável Gostaria de Ter Outra Profissão e com a variável Apoio da Hierarquia.

Por sua vez, a Despersonalização correlaciona-se de forma negativa com as dimensões da satisfação no trabalho Apoio da Hierarquia e Reconhecimento pelos Outros do Trabalho Realizado.

Tabela 10. Correlações entre as variáveis em estudo (*Burnout*)

Variáveis	<i>Burnout</i>		
	Exaustão emocional	Realização pessoal	Despersonalização
<b>Sociodemográficas/</b>			
<b>Profissionais</b>			
Estado civil	0,440*	n.s	n.s
Tempo de serviço (em meses)	0,916*	n.s	n.s
Outra profissão	n.s	0,501*	n.s
<b>Satisfação com o trabalho</b>			
Apoio da hierarquia	n.s	0,432*	-0,535*
Reconhecimento pelos outros do trabalho realizado	-0,439*	n.s	-0,516*
Condições físicas do trabalho	-0,434*	n.s	n.s
<b>Coping</b>			
Suporte instrumental	n.s	n.s	n.s
Desinvestimento comportamental	0,429*	n.s	n.s
Religião	n.s	n.s	n.s
Autoculpabilização	0,484*	n.s	n.s

Apenas as variáveis significativamente correlacionadas com alguma das dimensões do *burnout* são apresentadas

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

#### *Determinantes sociodemográficos e relativos ao contexto profissional*

Para analisar os determinantes do *burnout*, nas suas diferentes dimensões, foram realizadas regressões lineares múltiplas hierárquicas separadas. Em relação aos determinantes sociodemográficos e relativos ao contexto profissional, na análise de regressão, estes entravam em blocos separados. Tal como foi referido anteriormente, apenas as variáveis correlacionadas significativamente com as variáveis dependentes eram incluídas nos modelos de regressão. A variável Gostava de exercer outra profissão revelou-se um determinante significativo da Realização Pessoal explicando 25% da variância.

**Tabela 11. Papel determinante das variáveis sociodemográficas e profissionais nas diferentes dimensões do *Burnout* (modelos finais)**

Variáveis dependentes	Determinantes	$\beta$	$p$	$F$	$R^2$	$R^2$ change	$F$ change
<b>Realização Pessoal</b>	Gostava de exercer outra profissão	0,501	0,018	6,704*	0,251	0,251	6,704*

\* $p < 0,05$

### *Satisfação no Trabalho*

Relativamente ao papel determinante da satisfação no trabalho no *burnout*, na análise de regressão as variáveis sociodemográficas e profissionais significativamente correlacionadas com as dimensões do *burnout* entraram nos primeiros blocos e as dimensões da escala de satisfação no trabalho foram adicionadas no bloco seguinte. Apenas a dimensão Apoio da Hierarquia se revelou um determinante significativo da Realização Pessoal, explicando, a par com a variável Gostava de exercer outra profissão, 50,5% da variância.

**Tabela 12. Papel determinante da satisfação profissional nas diferentes dimensões do *Burnout* (modelos finais)**

Variáveis dependentes	Determinantes	$\beta$	$p$	$F$	$R^2$	$R^2$ change	$F$ change
<b>Realização Pessoal</b>	Apoio da Hierarquia	0,508	0,006	9,687**	0,505	0,254	9,741**

\* $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

### *Estilos de Coping*

Relativamente aos estilos de coping não se encontraram determinantes estatisticamente significativos para o *burnout*.

## **5.5 - Determinantes da qualidade de vida de profissionais de saúde em cuidados paliativos**

### *Correlações entre as variáveis em estudo*

Para a análise do papel determinante e preditivo das variáveis sociodemográficas e profissionais, da satisfação com o trabalho, dos estilos de coping e do *burnout* nas diferentes dimensões da QdV foram realizadas regressões lineares múltiplas. Apenas as variáveis que se encontravam significativamente correlacionadas com as dimensões da QdV foram incluídas nos modelos de regressão. A tabela 12 mostra as correlações entre as

variáveis sociodemográficas e profissionais, a satisfação com o trabalho, os estilos de coping, o *burnout* e as dimensões da QdV.

O domínio Físico aparece significativamente correlacionado com as dimensões da satisfação com o trabalho Relação com os Colegas e Satisfação Profissional e com os estilos de coping Coping Ativo, Planear e Aceitação.

O domínio Psicológico correlaciona-se com as dimensões Relação com os Colegas e Condições Físicas do Trabalho da escala de satisfação e com as dimensões Planear, Aceitação, Suporte Emocional e Desinvestimento comportamental da escala de coping.

Por sua vez, o domínio Relações Sociais correlaciona-se de forma significativa com a satisfação com o trabalho e estilos de coping nas dimensões Relação com os Colegas e Satisfação Profissional e Coping ativo, Planear, Aceitação, Suporte Emocional e Reinterpretação Positiva, respetivamente.

O domínio Ambiente correlaciona-se com as dimensões Relação com os Colegas e Satisfação Profissional, com os estilos de coping Coping ativo e Reinterpretação Positiva e, por fim, com a Realização Pessoal.

A QdV Geral correlaciona-se com as dimensões da satisfação com o trabalho Relação com os Colegas e Satisfação Profissional e com o estilo de coping Reinterpretação Positiva.

**Tabela 13. Correlações entre as variáveis em estudo (QdV)**

Variáveis	Qualidade de Vida				
	Físico	Psicológico	Relações sociais	Ambiente	QdV Geral
<b>Satisfação com o trabalho</b>					
Relação c/ os colegas	0,769**	0,777*	0,866**	0,674**	0,610**
Satisfação profissional	0,509*	n.s	0,463*	0,759**	0,630**
Condições físicas do trabalho	n.s	0,491*	n.s	n.s	n.s
<b>Coping</b>					
Coping activo	0,447*	n.s	0,535*	0,547**	n.s
Planear	0,534*	0,706**	0,604**	n.s	n.s
Aceitação	0,506*	0,631**	0,604**	n.s	n.s
Suporte emocional	n.s	0,465*	0,508*	n.s	n.s
Desinvestimento	n.s	-0,431*	n.s	n.s	n.s
comportamental					
Reinterpretação positiva	n.s	n.s	0,438*	0,685**	0,491*
<b>Burnout</b>					
Realização pessoal	n.s	n.s	n.s	0,443*	n.s

Apenas as variáveis significativamente correlacionadas com alguma das dimensões da QdV são apresentadas

\*p< 0,05; \*\*p< 0,01

*Determinantes sociodemográficos e relativos ao contexto profissional*

Para analisar os determinantes da QdV, nas suas diferentes dimensões, foram realizadas regressões lineares múltiplas hierárquicas e separadas. Tal como foi referido anteriormente, apenas as variáveis correlacionadas significativamente com as variáveis dependentes eram incluídas no modelo de regressão. Neste sentido, e em relação às variáveis sociodemográficas e relativas ao contexto profissional, como nenhuma destas variáveis se correlacionavam com as dimensões da QdV, as mesmas não entraram em nenhum modelo de regressão.

*Satisfação no Trabalho*

No que se refere à satisfação no trabalho, foram realizadas regressões lineares múltiplas para cada uma das dimensões e faceta geral da QdV.

Em relação ao domínio Físico, a dimensão Relação com os Colegas revelou-se o único determinante significativo, explicando o modelo 61% da sua variância.

Para o domínio Psicológico contribuíram significativamente as dimensões Relação com os Colegas e Condições Físicas do Trabalho que, no seu conjunto, explicam 68% da variância.

A respeito do domínio Relações Sociais, apenas a dimensão Relação com os Colegas se mostrou um determinante significativo, explicando o modelo 75% da variância.

As dimensões Relação com os Colegas e Satisfação Profissional revelaram-se determinantes significativos do domínio Ambiente, contribuindo o modelo para explicar 69% da sua variância.

Por fim, para a QdV Geral contribuíram significativamente as dimensões Relação com os Colegas e Satisfação Profissional, explicando este modelo 51% da variância.

**Tabela 14. Papel determinante da satisfação profissional nas diferentes dimensões e faceta geral da QdV (modelos finais)**

Variáveis dependentes	Determinantes	$\beta$	$p$	$F$	$R^2$	$F$	$R^2$ change
<b>Físico</b>	Relação c/ os colegas	0,686	0,001	14,942*	0,611	14,942*	0,611
<b>Psicológico</b>	Relação c/ os colegas	0,693	0,000	20,287*	0,681	20,287*	0,681
	Condições físicas	0,292	0,044				
<b>Relações sociais</b>	Relação c/ os colegas	0,847	0,000	28,659*	0,751	28,659*	0,751
<b>Ambiente</b>	Relação c/ os colegas	0,391	0,016	21,179*	0,690	21,179*	0,690
	Satisfação profissional	0,563	0,001				
<b>QdV Geral</b>	Relação c/ os colegas	0,393	0,047	9,966*	0,512	9,966*	0,512
	Satisfação profissional	0,432	0,031				

\* $p < 0,01$

### *Estilos de Coping*

Também para os estilos de coping foram analisados modelos de regressão para cada uma das dimensões e faceta geral da QdV.

A Reinterpretação Positiva foi, entre os estilos de coping, o único determinante significativo encontrado nas dimensões Ambiente e QdV Geral, explicando, respetivamente, 50% e 24% da variância.

**Tabela 15. Papel determinante dos estilos de coping nas diferentes dimensões e faceta geral da QdV (modelos finais)**

Variáveis dependentes	Determinantes	$\beta$	$p$	$F$	$R^2$	$R^2$ change	$F$ change
<b>Ambiente</b>	Reinterpretação positiva	0,525	0,026	9,157**	0,504	0,504	9,157**
<b>QdV Geral</b>	Reinterpretação positiva	0,491	0,024	6,036*	0,241	0,241	6,036*

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

*Burnout*

A respeito do *burnout* apenas foi encontrado um preditor significativo para uma das dimensões da QdV. Designadamente, apenas a Realização pessoal parece afetar significativamente o domínio Ambiente, explicando este modelo 20% da variância.

**Tabela 16. Papel determinante do *Burnout* nas diferentes dimensões da QdV (modelos finais)**

<b>Variáveis dependentes</b>	<b>Determinantes</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b><math>p</math></b>	<b><math>F</math></b>	<b><math>R^2</math></b>	<b><math>R^2</math> <i>change</i></b>	<b><math>F</math> <i>change</i></b>
<b>Ambiente</b>	Realização pessoal	0,443	0,039	4,892*	0,197	0,197	4,892*

\* $p < 0,05$

### **PARTE III - DISCUSSÃO E CONCLUSÕES**

---



## CAPÍTULO 6 – Síntese dos Resultados, Discussão e Implicações

### 6.1 – Síntese e discussão dos resultados

No presente estudo procurou-se compreender o *burnout* e QdV de profissionais de saúde em exercício de funções em Cuidados Paliativos oncológicos. Para o efeito, procedeu-se à avaliação de uma amostra de profissionais de saúde a trabalhar em contexto hospitalar de Cuidados Paliativos, numa unidade de tratamento de doentes oncológicos. Mais especificamente foram avaliados os níveis de *burnout* e a QdV destes profissionais, e comparados com os níveis de *burnout* e QdV de profissionais de saúde a trabalhar nos serviços de urgência e de cuidados intensivos (UCIP), bem como de indivíduos da população geral. Procurou-se ainda analisar os determinantes destes outcomes nos profissionais dos Cuidados Paliativos oncológicos, nomeadamente o papel de variáveis sociodemográficas e relativas ao contexto profissional, dos estilos de coping e da satisfação no trabalho.

No que diz respeito ao *burnout*, o grupo dos profissionais dos Cuidados Paliativos revela pontuações significativamente mais elevadas de Exaustão Emocional comparativamente aos indivíduos da população em geral. Esta constatação é compreensível se atendermos ao facto de que, tal como consideram Avellar e colaboradores (2007), o quotidiano numa unidade de oncologia pode contribuir para o sofrimento psíquico dos profissionais de saúde, em virtude de lidarem diariamente com a dor do outro, com o sofrimento, com a morte e perdas, o que propicia o desenvolvimento de desgaste emocional, físico e mental. Tal como defendem Pereira, Rodrigues e Cunha (2010), os profissionais de saúde e, em particular os profissionais de oncologia, representam um grupo de risco, sobretudo devido ao contacto emocionalmente exigente, ao tipo de diagnóstico com que se confrontam na realidade dos seus pacientes, às decisões que têm que tomar face à deteção de situações clínicas e ao prognóstico e escolha do tratamento mais eficaz.

No presente trabalho observaram-se também níveis mais elevados de Realização Pessoal nos profissionais dos Cuidados Paliativos e níveis mais elevados de Despersonalização nos indivíduos da população em geral, embora estas diferenças não se tenham revelado estatisticamente significativas.

Relativamente aos resultados da comparação entre os grupos profissionais, estes revelam maiores níveis de Exaustão Emocional e Realização Pessoal entre os profissionais dos Cuidados Paliativos, comparativamente aos profissionais dos serviços de Urgência e UCIP. Pelo contrário, os níveis de Despersonalização foram mais baixos entre os profissionais dos Cuidados Paliativos, sendo os profissionais do serviço de Urgência

aqueles que manifestaram os níveis mais elevados. Embora as diferenças entre os três grupos profissionais não sejam estatisticamente significativas, vão de encontro aos resultados encontrados por Emold e colaboradores (2011) os quais verificaram, numa amostra de profissionais de saúde de seis unidades oncológicas, que mais de 60% dos participantes indicaram níveis relativamente elevados de exaustão emocional, sendo que apenas 28% indicaram experienciar despersonalização.

É curioso notar que, contrariamente ao que seria de esperar, os profissionais dos Cuidados Paliativos revelaram simultaneamente níveis mais elevados de exaustão emocional e realização pessoal. Estes dados contrariam a tendência que se observa na literatura de correlação entre exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Por sua vez, não são também coerentes com os obtidos por García e colaboradores (2009), os quais realizaram um estudo em que participaram 105 enfermeiras, 64 das quais trabalhavam em Cuidados Paliativos, e no qual observaram que as que trabalhavam em Cuidados Paliativos apresentavam uma reduzida realização pessoal. No entanto, vão de encontro aos resultados obtidos por Emold e colaboradores (2011), em que cerca de 80% dos profissionais de saúde de diferentes unidades oncológicas revelaram elevados níveis de realização pessoal, o que segundo os autores mencionados pode indicar que a exaustão emocional não implica necessariamente baixos níveis de realização pessoal. Tal pode dever-se, de acordo com Kurer e colaboradores (2007), ao facto de que a prática de medicina nesta área pode providenciar oportunidades de desenvolver uma carreira com enorme significado e satisfação.

Importa ainda ressaltar que, tendo em conta os níveis de *burnout* (baixo, moderado, elevado) os resultados obtidos apontam para um baixo risco de *burnout* entre os três grupos profissionais, tendo-se constatado, nos três serviços, que a maioria dos profissionais revela pontuações baixas nas subescalas Exaustão Emocional e Despersonalização e pontuações elevadas na subescala Realização Pessoal. Também, não foram encontradas diferenças significativas entre os três grupos profissionais no que se refere às prevalências dos diferentes níveis de *burnout*, em cada uma das suas dimensões.

Contudo, é de assinalar que se verifica uma maior percentagem de profissionais com níveis elevados de Exaustão Emocional nos Cuidados Paliativos, comparativamente aos outros serviços. Estes resultados, embora descritivos, apontam para a importância de intervenção nos profissionais dos Cuidados Paliativos, sobretudo ao nível da Exaustão Emocional. Tendo em conta o serviço prestado, o qual exige um envolvimento diferente com o seu trabalho e com os doentes, sobretudo pela situação limite de vida/morte que vivenciam, importa desenhar estratégias capazes de promover o desenvolvimento de recursos pessoais e situacionais capazes de facilitar a gestão do stress, minimizando o seu efeito no estado de saúde dos indivíduos e no seu trabalho. Em relação à Realização

Pessoal, a maioria dos profissionais de saúde dos Cuidados Paliativos revela também pontuações elevadas nesta dimensão, resultados estes que, uma vez mais, estão em consonância com os encontrados por Emold e colaboradores (2011), sugerindo, conforme referido anteriormente, que a exaustão emocional não implica necessariamente baixos níveis de realização pessoal.

Relativamente à QdV, os resultados obtidos não revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais de saúde dos Cuidados Paliativos oncológicos e os indivíduos dos outros grupos em análise. Contudo, importa salientar que, comparativamente aos profissionais de outros serviços, os profissionais dos Cuidados Paliativos revelam pontuações mais baixas de QdV nos domínios Físico, Psicológico e na faceta geral de QdV. Mais especificamente, verifica-se que os profissionais dos Cuidados Paliativos revelam uma pior perceção de QdV ao nível da sua energia, sono e repouso, atividades da vida quotidiana e capacidade de trabalho, relatam menor satisfação consigo próprio e com a sua imagem corporal, maior frequência de sentimentos negativos e ainda uma pior perceção das suas condições de vida em geral.

Estes resultados foram inicialmente previstos e vão de encontro aos obtidos por Maslach e colaboradores (2001). Designadamente, estes autores verificaram que a dimensão exaustão emocional é o maior preditor de consequências ao nível da saúde, entre as quais se incluem esgotamento, fadiga crónica, ansiedade, depressão, queixas psicossomáticas, as quais condicionam a QdV geral.

Um outro objetivo deste estudo consistiu em analisar os determinantes do *burnout* e QdV dos profissionais dos Cuidados Paliativos Oncológicos. Especificamente procurou-se entender se as variáveis sociodemográficas e relativas ao contexto profissional, bem como a satisfação no trabalho e os estilos de coping determinavam os resultados do *burnout* e QdV na amostra de profissionais dos Cuidados Paliativos.

No que diz respeito ao *burnout*, algumas variáveis profissionais, algumas dimensões da satisfação no trabalho e alguns estilos de coping revelaram-se determinantes significativos. Particularmente, as variáveis Gostava de Exercer outra Profissão e Apoio da Hierarquia predizem significativamente a Realização Pessoal dos profissionais dos Cuidados Paliativos. Ou seja, parece que estes profissionais avaliam o seu trabalho e a realização pessoal no mesmo de forma positiva como consequência da satisfação com a sua profissão e apoio por parte da hierarquia estabelecida.

Um dos dados a salientar refere-se à relação negativa entre as dimensões Reconhecimento pelos Outros do Trabalho Realizado e Condições Físicas e a Exaustão Emocional. Ou seja, quanto maior for o reconhecimento pelos outros do trabalho efetuado e quanto melhores forem as condições físicas do ambiente de trabalho, menores serão os níveis de Exaustão Emocional destes profissionais. Neste sentido, os resultados deste

estudo recomendam a implementação de ações que favoreçam o reconhecimento do mérito e a melhoria das condições de trabalho, sobretudo ao nível do ambiente físico.

Por sua vez, encontrou-se ainda uma associação, no sentido negativo, entre as dimensões Apoio da Hierarquia e Reconhecimento pelos Outros do Trabalho Realizado e a Despersonalização, indicando que quanto maior for o apoio dos superiores e o reconhecimento do trabalho realizado menor será a probabilidade de o sujeito se comportar de forma cínica e indiferente para com aqueles que o rodeiam, nomeadamente, colegas e doentes. Estes resultados relativos aos determinantes da Exaustão Emocional e da Despersonalização vão de encontro a alguns estudos que encontraram que níveis elevados de exaustão emocional e despersonalização estão associados a menor satisfação no trabalho (Queirós et al., 2011).

Na análise dos determinantes da QdV, verificou-se que, para o domínio Físico, a dimensão Relação com os Colegas revelou-se o único preditor significativo. Designadamente, a perceção de QdV ao nível da energia, repouso e sono, atividades da vida quotidiana e capacidade de trabalho parece ser melhor quanto melhor for a relação com os colegas. Para o domínio Psicológico, as dimensões Relação com os Colegas e Condições Físicas do Trabalho apresentam-se como preditores das pontuações neste domínio, sendo que, quanto melhor for a relação com os colegas e quanto melhores forem as condições físicas de trabalho, melhor será a perceção de QdV destes profissionais ao nível do domínio Psicológico. No que diz respeito ao domínio Relações Sociais, a dimensão Relação com os Colegas mostrou-se como o único preditor, evidenciando os profissionais com melhor relação com os colegas uma melhor perceção de QdV ao nível das Relações Sociais. Para o domínio Ambiente, assim como para a QdV geral, as dimensões Relação com os Colegas e Satisfação Profissional apresentaram-se como preditores significativos. Mais especificamente, melhores relações com os colegas e maior satisfação com a profissão constituem-se como fatores importantes na determinação de uma melhor perceção de QdV ao nível do ambiente no lar, ambiente físico e transportes, assim como, de melhor perceção da QdV em geral. Estes dados são consistentes com a literatura. Por exemplo, Faragher e Cooper (2005) indicam que boas relações de trabalho e a existência de suporte social podem ter impacto na QdV, no sentido positivo.

Da análise dos estilos de coping, os resultados obtidos indicam que a Reinterpretação Positiva é um preditor significativo das pontuações no domínio Ambiente e da QdV geral. Isto é, tirar o melhor da situação ou interpretando-a de um modo mais favorável é uma estratégia que parece estar associada a uma melhor QdV no domínio Ambiente e melhor QdV em geral, dados estes que são coerentes com as evidências que indicam que a reavaliação positiva é uma variável que habitualmente se relaciona com um ajustamento emocional positivo e com uma melhor QdV.

A este respeito, Beham e colaboradores (2006) consideram, por exemplo, que o otimismo, ao levar as pessoas a esperar alcançar resultados positivos não só na vida profissional como também na vida de uma forma geral, associando-se a estratégias de coping ativas como a reinterpretação positiva, pode contribuir para uma melhor QdV.

Finalmente, e como esperado, na análise das dimensões do *burnout* preditoras da QdV verificou-se que, a dimensão Realização Pessoal é um preditor significativo do domínio Ambiente. Nomeadamente, quanto mais positivos forem os sentimentos de competência pessoal e realização profissional, melhor será a percepção de QdV no domínio Ambiente destes profissionais. Neste sentido, o prazer vivenciado através da realização obtida no trabalho parece levar os profissionais dos Cuidados Paliativos a avaliar de forma mais positiva a sua QdV relativa a aspetos salientes do ambiente em que vive. Estes dados vão de encontro ao estudo desenvolvido por Rosa e Carloto (2005), o qual também evidencia que quanto mais realizado se sente o indivíduo, melhor será a sua percepção de QdV no domínio Ambiente.

## 6.2 - Limitações e implicações práticas

A investigação científica é fundamental na medida em que permite por um lado, aprofundar e consolidar o conhecimento teórico em determinada área, potenciando a compreensão de diversos aspetos que lhe estão subjacentes e por outro, promover a criação de linhas orientadores, quer para a investigação futura, quer para a prática clínica e seus intervenientes. Desta feita, para além de explorarmos as limitações da presente investigação, procuramos também refletir em torno das suas implicações para estudos futuros a realizar na área e para a prática clínica.

Uma primeira limitação do estudo prende-se com a interpretação dos resultados do mesmo, a qual deve ser efetuada com alguma precaução, dado o tamanho reduzido da amostra, o que reduz a sua representatividade, o poder estatístico das análises realizadas e limita a generalização dos resultados.

Propõe-se que, em estudos futuros o tamanho da amostra seja alargado, bem como se proceda a um estudo de natureza longitudinal, capaz de analisar o efeito preditivo das variáveis consideradas na presente investigação, e/ou outras variáveis que poderão ser relevantes para compreender as diferenças individuais no *burnout* e QdV destes profissionais.

Por sua vez, a recolha dos dados foi efetuada apenas em duas Instituições Hospitalares do Norte do país. Logo, os resultados devem ser interpretados tendo em consideração as características sociais e culturais da região, sugerindo-se igualmente alguns cuidados na generalização dos mesmos. Sugere-se que, em estudos posteriores se

proceda à recolha de dados em diferentes hospitais e regiões do país para que, desta forma, seja possível fazer uma caracterização mais representativa dos profissionais dos Cuidados Paliativos Oncológicos, no que se refere aos seus níveis de *burnout* e QdV, importante para o desenvolvimento de estratégias de intervenção dirigidas a estes outcomes, designadamente à diminuição do seu *burnout* e melhoria da sua QdV. A utilização de amostras maiores e mais representativas da população de profissionais de saúde dos Cuidados Paliativos oncológicos irá permitir replicar ou refutar os dados encontrados neste trabalho, aumentar o poder estatístico das análises realizadas e garantir uma maior generalização dos resultados.

Também se considera importante que, em investigações futuras sejam examinados outros serviços para além daqueles analisados neste estudo, aumentando o conhecimento acerca destes outcomes em diferentes profissões, e possibilitando a sua comparação, no sentido de se procurar identificar qual o grupo profissional mais vulnerável e com maior necessidade de intervenção.

Atendendo ao facto de que os profissionais dos Cuidados Paliativos Oncológicos estão sujeitos a constantes exigências emocionais quer ao nível do contacto com os pacientes, quer do próprio ambiente de trabalho, que provocam danos ao nível da saúde física e mental, da QdV e do desempenho e produtividade, importa desenvolver estratégias capazes de prevenir o *burnout* e melhorar a QdV. Tendo em conta os resultados obtidos, verifica-se que as intervenções devem focar sobretudo: a) a organização e condições de trabalho, com suporte da supervisão e políticas organizacionais que reconheçam o mérito e b) o relacionamento interpessoal e trabalho em equipa, melhorando o ambiente psicossocial de trabalho e, consequentemente, a QdV.

Uma outra limitação prende-se com o facto de a amostra de profissionais de saúde a trabalhar em Cuidados Paliativos oncológicos usada neste estudos ser relativamente heterogénea, constituída por médicos e enfermeiros. Embora se tenha procurado controlar estatisticamente esta heterogeneidade através da análise da influência da variável profissão nos níveis de *burnout* e QdV e do controlo do seu eventual efeito nestes outcomes, sugerimos que em estudos futuros se procurem usar amostras mais homogéneas de profissionais de saúde, compostas apenas por médicos ou por enfermeiros, por exemplo

Pese embora as limitações referidas, este estudo permitiu apontar algumas conclusões relativamente ao *burnout* e QdV numa amostra de profissionais dos Cuidados Paliativos Oncológicos, bem como acerca dos fatores que poderão afetar estas variáveis. Embora a saúde, o bem-estar e a QdV sejam temas bastante abordados na literatura científica, e sob diferentes perspetivas, constata-se que ainda são poucos os estudos realizados sobre estas temáticas em profissionais dos Cuidados Paliativos, assim como,

sobre o impacto que o *burnout* e uma QdV diminuída nestes profissionais podem ter no exercício da sua profissão.

Com este estudo procurou-se dar um pequeno contributo para o aprofundamento do conhecimento acerca de alguns indicadores de adaptação em profissionais de saúde em contexto hospitalar de cuidados paliativos oncológicos, colmatando uma lacuna de investigação existente no nosso país.

Neste sentido, espera-se que o presente trabalho possa contribuir para uma melhor compreensão do *burnout* e QdV em profissionais de saúde, e especificamente naqueles que exercem a sua atividade em contexto de Cuidados Paliativos oncológicos, potenciando a sua avaliação e o recurso a estratégias eficazes de prevenção e intervenção, sempre que se revele necessário, o que terá repercussões também ao nível da sua prática profissional

Em última instância, diminuindo o *burnout* e promovendo a QdV destes profissionais estamos a contribuir para a qualidade dos serviços prestados em saúde em geral.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abalo, J. A. G., & Roger, M.C. (1999). El desgaste profesional (Burnout) en los equipos de cuidados paliativos: Mito o realidad?; In M.Gómez-Sancho *et al.*, *Medicina paliativa en la cultura latina* (pp.1005-1016). Madrid: Arán Ediciones.
- Agapito, S. & Sousa, F. (2010). A influência da satisfação profissional no absentismo laboral. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 132-139.
- Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I., & Yilmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department, *Psycho-Oncology*, 18, 543-548.
- Alarcon, G. M. (2011). A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 79, 549-562.
- Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress*, 23(3), 244-263.
- Allegra, C. J., Hall, R., & Yothers, G. (2005). Prevalence of burnout in the U.S. Oncology Community: Results of a 2003 survey. *Journal of Oncology Practice*, 1(4), 140-147.
- Arranz, E. E., & Auñón, P. Z. O. (1996). El síndrome de agotamiento profesional. In M. González-Barón, A. Ordóñez, J. Feliu, P. Zamora & E. Espinosa, *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer* (pp. 1334-1342). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Asaig, P., Perotta, B., Martins, M. & Tempski, P. (2010). Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e *burnout* em Médicos Residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(3), 422-429.
- Avellar, L., Iglesias, A., & Valverde, P. (2007). Sofrimento Psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. *Psicologia em Estudo*, 12, 475-481.
- Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J., & Schaufeli, W. B. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 884-891.
- Bakker, A. B., van der Zee, K. I., Lewig, K. A., & Dollard, M. F. (2006). The relationship between the Big Five Personality Factors and Burnout: a study among volunteer counselors. *The Journal of Social Psychology*, 146(1), 31-50.
- Bartley, M., Ferrie, J., & Montgomery, S. M (2006). Viver numa economia de elevado desemprego: conhecer as consequências para a saúde. IN: Marmot, M., Wilkinson, R. G. ed. *Determinantes sociais da saúde*. Oxford, Oxford University Press.
- Beham, B., Drobnič, S., & Verwiebe, R. (2006). *Literature review, theoretical concepts and methodological approaches to quality of life and work*. Utrecht: Utrecht University.
- Benevides-Pereira, A. (2003). O estado da arte do *burnout* no Brasil. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1(1), 4-11.



- Bovier, P. A., Arigoni, F., Schneider, M., & Gallachi, M. B. (2009). Relationships between work satisfaction, emotional exhaustion and mental Health among Swiss primary care physicians. *European Journal Public Health*, 19(6), 611-617.
- Bradley, J. R., & Cartwright, S. (2002) "Social support, job stress, health, and job satisfaction among nurses in the United Kingdom", *International Journal of Stress Management*, 9(3), 163-182.
- Canavarro, M. C., & Serra, V. A. (2010). *Qualidade de vida e saúde: Uma Abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carr, A. J., Gibson, B., & Robinson, P. G. (2001). Measuring quality of life: is quality of life determined by expectations or experience? *British Medical Journal*, 322 (7296), 1240-1243.
- Chaves, E. (2008). Fatores Estressantes e Estratégias de Coping dos Enfermeiros Atuantes em Oncologia. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(1), 24-28.
- Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C. Bond, L. et al. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs and subjective wellbeing. *Ecological Economics*, 61, 267-276.
- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *The Academy of Management Review*, 18(4), 621-656.
- Costa, F. A., Santos, S. C., Passos, A., & Caetano, A. (2008). *Um olhar sobre a satisfação com o trabalho...estudo de caso*. Atas do VI Congresso Português de Sociologia/Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Humanas e Tecnologias.
- Cruz, J. F., & Melo, B. M. (1996). *Stress e Burnout nos psicólogos: desenvolvimento e características psicométricas de instrumentos de avaliação*. Relatório de investigação não publicado. Braga: Universidade do Minho.
- Cumbe, V. (2010). *Síndrome de Burnout em Médicos e Enfermeiros Cuidadores de Pacientes com Doenças Neoplásicas em Serviços de Oncologia*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Cummins, R. A. (1997). Assessing quality of life. In: R. I. Brown (Ed.). *Quality of life for people with disability: Models, research and practice*, 2ª ed. (pp. 116-150). Cheltenham: Stanley Thornes.
- Danna, K., & Griffin, R. W. (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, 25(3), 357-384.
- De Lange, F. P., Kalkman, J. S., Bleijenbergh, G., Hagoort, P., van der Werf, S. P., van der Meer, J. W., et al. (2004). Neural correlates of the chronic fatigue syndrome - an fMRI study. *Brain*, 127, 1948 - 1957.

- De Rijk, A. E., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B., & de Jonge, J. (1998). Active coping and need for control as moderators of the job demand-control model: Effects on burn out. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71, 1–18.
- Dean, K., Holst, E., Kreiner, S., Schoenborn, C., & Wilson, R. (1994). Measurement issues in research on social support and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48, 201–206.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 454-464.
- Demir, A., Ulusoy, M., & Ulusoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the profesional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 807-827.
- Demirci, S., Yildirim, Y., Ozsaran, Z., Uslu, R., Yalman, D., Aras, A. (2010). Evaluation of burnout syndrome in oncology employees. *Medical Oncology*, 27(3), 968-74.
- Desbiens, J. F., & Fillion, L. (2007). Coping strategies, emotional outcomes and spiritual quality of life in palliative care nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 13, 291-300.
- Dias, S., Queirós, C., & Carlotto, M. S. (2010). Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal, *Aletheia*, 32, 4-21.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R.E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E. (2000). Subjective Well-being: The science of happiness and a proposal for national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Di Tullio, M., & Macdonald, D. (1999). The struggle for the soul of hospice: Stress, coping, and change among hospice workers. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 16, 641–655.
- Doka, K. (1993). *Living with life-threatening illness: A guide for patients, their families & caregivers*. New York: MacMillan, Inc.
- Dolan, S. L., Diez-Pinol, M., Cannings, K. (2003). Psicotoxicología de la vida laboral: el caso del personal médico de suecia. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 19, 117-133.
- Dorz, S., Novara, C., Sica, C., & Sanavio, E. (2003). Predicting burnout among HIV/AIDS and oncology health care workers. *Psychology and Health*, 18(5), 677-684.
- Emold, C., Schneider, N., Meller, I., & Yagil, Y. (2011). Communication skills, working environment and burnout among oncology nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 358-363.

- Faragher, E., Cass, M., & Cooper, C. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62, 105-112.
- Feldman, S. (2001). *Psicologia da saúde: stress, coping e saúde. Compreender a psicologia*. 5ª ed. Lisboa: McGraw-Hill.
- Fenga, C., Faranda, M., Aragona, M., Micali, E., DiNola, C., Trimarchim, G., Crimi, B., Cacciola, A. (2007). Burnout and occupational stress in nurses. *La Medicina del Lavoro*, 98(1):55-63.
- Fillion, L., Duval, S., Dumont, S., Gagnon, P., Tremblay, I., & Bairati, I. (2009). Impact of a meaning-centered intervention on job satisfaction and on quality of life among palliative care nurses. *Psycho-Oncology*, 18, 1300-1310.
- Florio, C. (2010). *Burnout & Compassion Fatigue: A guide for Mental Health Professional and Care Givers*. Lexington, KY, USA: CreateSpace.
- Fogarty, T. J., Singh, J., Rhoads, G. K., & Moore, R. K. (2000). Antecedents and consequences of burnout in accounting: beyond the role stress model. *Behavioral Research in Accounting*, 12, 31-67.
- Gameiro, S., Canavarro, M., Pereira, M., Serra, A., Paredes, T., Carona, C., et al. (2010). Fatores Sociais e Demográficos de Variabilidade da Qualidade de Vida na População Geral. In M. Canavarro, & A. Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 251-270). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- García, E. M. S., Rodríguez-Salvanés, F., Gonzáles-Gonzáles, R., Luque, M. J. F., & Sánchez, A.R. (2008). Síndrome de burnout em profissionais sanitários de cuidados paliativos de la comunidad de Madrid. *Medicina Paliativa*, 15(5), 273-278.
- García, M., Cortés, C., Sanz-Rubiales, A., & Del Valle, M. (2009). Estudio sobre el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados paliativos del país Vasco. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 53, 3-8.
- Gomes, A.R. (1998). *Stress e "Burnout" nos profissionais de Psicologia*. Dissertação de mestrado. Braga: Universidade do Minho.
- Gomes, A. R., Melo, B., & Cruz, J. F. (2000). Estudo do stress e do burnout nos psicólogos portugueses. In J. F. Cruz, A. R. Gomes, & B. Melo (Orgs.), *Stress e burnout nos psicólogos portugueses* (pp. 73-130). Braga: SHO - Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Gomes, A. R., & Cruz, J. F. (2004). A experiência de stress e "burnout" em psicólogos portugueses: um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 193-212.

- Gomes, A. R., Cruz, J.F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318.
- Grau, A., Suñer, R. & García, M. (2005). Desgaste Profesional en el personal sanitario y su relación com los factores personales y ambientales. *Gac Sanit.*, 19(6): 463-470.
- Grazziano, E. & Ferraz, R. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeiros. *Enfermería Global*, 9(18), 1-20.
- Gurses, A.P., Carayon, P., Wall, M. (2009). Impact of performance obstacles on intensive care nurses' workload, perceived quality and safety of care, and quality of working life. *Health Services Research*, 44, 422-43.
- Haas, B. K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *West Journal of nursing research*, 21(6):728-42.
- Hansen, N., Sverke, M., & Näswall, K. (2009). Predicting nurse burnout from demands and resources in three acute care hospitals under different forms of ownership: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 96-107.
- Hawkins, A., Howard, R., & Oyebode, J. (2007). Stress and coping in hospice nursing staff. The impact of attachment styles. *Psychooncology*, 16, 563-572.
- Iwasaki, Y., & Mannell, R. (2000). Hierarchical dimensions of leisure stress coping. *Leisure Sciences*, 22, 163-181.
- Jardim, J., & Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais*. Guia Prático para a mudança positiva. Edições ASA. Lisboa.
- Jonge, J., Doormann, C., Janssen, P. P. M., Dollard, M., Landeweerd, J. A. & Nijhuis, J. N. (2001). Testing reciprocal relationships between characteristics and psychological well-being: a cross-lagged structural equation model. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 29-46.
- Kim, H., & Lee, Y. (2009). Supervisory communication, burnout, and turnover intention among social workers in health care settings. *Social Work in Health Care*, 48(4), 364-385.
- Kuerer, H. M., Eberlein, T. J., Pollock, R. E., et al. (2007). Career satisfaction, practice patterns and burnout among surgical oncologists: report on the quality of life of members of the Society of Surgical Oncology. *Annals of Surgical Oncology*, 14, 3042-3053.
- Lazarus, R. (2000). Evolution of a Model of Stress, Coping and Discrete Emotions. In V. Rice (Ed.). *Handbook of Stress, Coping and Health: Implications for Nursing Research, Theory and Practice*. London. *Sage Publications*, 9, 195-219.
- Le Blanc, P. M., Bakker, A. B., Peeters, M. C. W, Van Heesch, N. C. A., & Schaufeli, W. B. (2001). Emotional job demands and burnout among oncology care providers. *Anxiety, Stress & Coping*, 14, 243-263.

- Lee, R. T. & Ashforth, B. E. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 75, 743-747.
- Lei nº.102/2009, de 10 de setembro. Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. Diário da República, 176. Série I.
- Leydy, N.K., Revicki, D.A. & Genesté, B. (1999). Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value in Health*, 2(3), 113-127.
- Lima, A., & R. Mesquitela (1996). Satisfação profissional dos enfermeiros do Hospital Distrital de Lamego, *Servir*, 44(1), 22-31.
- Lima, F. (2004). *Stress, Qualidade de vida, Prazer e Sofrimento no trabalho de Call Center*. Pós-graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da PUC. Capinas.
- Loreto, D. (2001). Síndrome de *Burnout* em Enfermeiros de Oncologia. *Enfermagem Oncológica*. 20, 18-25.
- Loureiro, H., Pereira, A. N., Oliveira, A. P., & Pessoa, A. R. (2008). Burnout no trabalho. *Revista Referência*, 2(7), 33-41.
- Martins, A. C. (2010). *Qualidade de vida no trabalho, satisfação profissional e saliência das atividades em adultos trabalhadores*. Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia. Mestrado Integrado em Psicologia secção de psicologia dos recursos humanos, do trabalho e das organizações.
- Martins, A. C., & Romão, C. J. (2012). *Profissões na saúde e desafios do trabalho de proximidade: médicos e assistentes sociais nos cuidados paliativos*. Trabalho apresentado no III Seminário de I&DT. Portalegre: Centro Interdisciplinar de Investigação e Inovação do Instituto Politécnico de Portalegre.
- Maslach, C. (2001). What have we learned about burnout and health?. *Psychology & Health*, 16(5), 607-611.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. 2ª ed. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, Ca.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of Psychology*, 52, 397-422.
- Mcintyre, T. M. (1994). *Le Domaine de la Psychologie Sociale*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Melo, B. T., Gomes, A. R., & Cruz, J. F. A. (1997). Stress ocupacional em profissionais de saúde e do ensino. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 2, 53-72.
- Melo, B. T., Gomes, A. R., & Cruz, J. F. A (1999). Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do burnout para os profissionais de psicologia. In

- A. P. Soares, S. Araújo & S. Caires (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (vol. VI, pp. 596-603). Braga: APPORT.
- Michie, S. & Williams, S. (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 3-9.
- Moreno-Jimenez, B, Garrosa-Hernandez E, Gálvez, M, González, J. & Benevides, A. (2002). A avaliação do burnout em professores. Comparação de instrumentos: CBP-RE MBI-ED. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 11-19.
- Morrison, E. W., & Robinson, S. L. (1997). When employees feel betrayed: A model of how psychological contract violation develops. *Academy of Management Review*, 22, 226 - 256.
- Moura, A. (2007). *Estratégias de coping e estilos de vida como mediadores entre o stresse e o burnout nos bombeiros do distrito de Setúbal*. Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais do Instituto Politécnico de Beja. Dissertação de mestrado.
- Moyer, A., & Salovey, P. (1996). Psychological squeal of breast cancer and its treatment. *Annals of Behavioral Medicine*, 18(2), 110-125.
- Neves, J. (2011). Aptidões individuais e teorias motivacionais. In J. M. C. Ferreira, J. Neves, e A. Caetano (Coords.), *Manual de Psicossociologia das organizações* (Cap. IX). Lisboa: Escolar Editora.
- Nunes, C. H. S., Hutz, C. S., Giacomoni, C. H. (2009). Associação entre bem estar subjetivo e personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Avaliação Psicológica*, 8(1), 99-108.
- Oliveira, V., & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros – Impacto do trabalho por turnos. *Revista Referência*, 2(7), 43-54.
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética*. Loures: Lusociência.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J. P. Cruz, S.N. de Jesus, & Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso
- Pais-Ribeiro, J. L., & Maia, P. (2002). Satisfação com a profissão em profissionais de uma unidade de cuidados intensivos (SCI). In I. Leal, I.P. Cabral & J.P. Ribeiro, *Atas do 4.º congresso nacional de psicologia da saúde: a saúde numa perspetiva de ciclo de vida* (pp. 239-246). Lisboa: ISPA.
- Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief COPE. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.

- Peiró, J. M., González-Romá, V., Tordera, N., & Mañas, M. A. (2001). Does role stress predict burnout over time among health care professionals?. *Psychology & Health*, 16(5), 511-525.
- Pereira, M., & Fonseca, M. (2011). Risk of burnout and protective factors in palliative care. In STEELE, Sue; CASWELL, Glenys (Eds.) - *Exploring issues of care, dying and the end of life*. Oxford: Inter-Disciplinary Press.
- Pereira, M., Fonseca, M., & Carvalho, S. (2011). Burnout in palliative care: A systematic review. *Nursing Ethics*, 18 (3), 317-326.
- Pereira, J. P., Rodrigues, J., & Cunha, M. J. (2010). *Stress, burnout e desordens emocionais em profissionais de saúde em oncologia*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Braga.
- Pina e Cunha, M., Rego, A., Campos, R. & Cabral-Cardoso, C. (2003). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. 2ª ed. Lisboa: RH editora.
- Pines, A. M., & Keinan, G. (2005). Stress and burnout: the significant difference. *Personality and Individual Differences*, 39, 625-635.
- Quartilho, M. J. R. (2010). Qualidade de vida, felicidade, saúde, bem-estar satisfação. Pessoas, sociedades, culturas. O que importa? In M. C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde*. (pp. 55-126). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Queirós, P. J. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Sinais Vitais.
- Ramirez, A., Graham, J., Richards, M., Cull, A., Gregory, W., Leaning, M., Snashall, D., & Timothy, A. (1995). Burnout and psychiatric disorder amongst cancer clinicians. *British Journal of Cancer*, 71, (6) 1263–1269.
- Reinhold, H., (2006). O Burnout. In: LIPP, M. (Org.) *O stress do professor*. Campinas: Papirus, pp.63-80.
- Rosa, C., & Carlotto, M. S. (2005). Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista da SBPH*, 8(2), 1-15.
- Rusli, B. N., Edimansyah, B. A., & Naing, L. (2008). Working conditions, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: a structural equation modeling approach. *BMC Public Health*, 8(48), 1-12.
- Sá, L. (2006). Burnout e Controlo Sobre o Trabalho em Enfermagem - Resultados. *Enfermagem Oncológica*, 34, 15-24.
- Santos, C., Martins, T. & Ferreira, T. R. (2009). Saúde e qualidade de vida: Contributos teóricos. In: C.(Carlos) Sequeira, C.(Célia) Santos, E. Borges, M. Abreu & M. R. Sousa (Eds.), *Saúde e qualidade de vida: Estado da arte* (pp. 15-27). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

- Santos, L., Pais-Ribeiro, J., & Guimarães, L. (2003). Estudo de uma escala de crenças e de estratégias de *coping* através do lazer. *Análise Psicológica*, 21(4), 441-451.
- Santos, L., & Pais-Ribeiro, J. (2006). *Estilos de lazer, saúde e estratégias de coping. Atividade física, saúde e lazer: a infância e estilos de vida saudáveis*. LIDEL - Edições Técnicas.
- Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1996). Effects of work stressors and work climate on long-term care staff's job morale and functioning. *Research in Nursing and Health*, 19(1), 63 – 73.
- Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & Health*, 16(5), 501-510.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & van Rhenen, W. (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 893-917.
- Sehlen, S., Vordermark, D., Schäfer, C., Herschbach, P., Bayerl, A., Pigorsch, S., Rittweger, J., Dormin, C., Bölling, T., Wypior, H. J., Zehentmayr, F., Schulze, W., & Geinitz, H. (2009). Job stress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses and physicists working in radiotherapy: a multicenter analysis by the DEGRO Quality of Life Work Group. *Radiation Oncology*, 4(6), 1-9.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Silva, M. C. M., & Gomes, A. R. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros e médicos portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248.
- Silva, J. L. L.; Dias, A. C., & Teixeira, L. R. (2012). Discussão sobre as causas da Síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. Portal das Revistas Científicas em Ciências da Saúde (AQUICHAN), *Colombia*, 12(2), 144-149.
- Soares, L., Lopes, T. Silva, M., Ribeiro, M., Júnior, M. et al., (2012). Burnout e Pensamentos Suicidas em Médicos Residentes de Hospital Universitário. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1), 77-82.
- Sousa, L., & Coutinho, E. (2006). Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 50-58.
- Sprangers, M. A. G., Regt, E. B., Andries, F, (...) Haes, H. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(9), 895-907.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. Pocatello, ID: ProQOL.
- Stansfeld, S. & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 443–462.



- Swider, B. W., & Zimmerman, R. D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 76, 487-506.
- Takaki, M. H., & Sant'Ana, D. M. (2004). A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipa de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enfermagem*, 9(1), 79-83.
- Telles, H., & Pimenta, A. M. C. (2009). Síndrome de burnout em Agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. *Saude & Sociedade*, 18, 467-478.
- Theorell, T. & Karasek, R. (1996). Current Issues Relating to Psychosocial Job Strain and Cardiovascular Disease Research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 9-26.
- The WHOQOL Group. (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Trigo, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(5), 223-233.
- Tupholme, T. (2009). *Qualidade de Vida e Estratégias de Coping dos Pacientes Oncológicos*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Climepsi Editores: Lisboa. 2ª Edição.
- Van Bogaert, P., Meulemans, H., Clarke, S., Vermeyen, K., & Van de Heyning, P. (2009). Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. *Journal of Advancing Nursing*, 65(10):2175-85.
- Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*, 42, 57- 66.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life: Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.
- Wahl, A. K., Rustoen, T., Hanestad, B. R., Lerdal, A. & Moum, T. (2004). Quality of life in the general Norwegian population, measured by the Quality of Life Scale (QOLS-N). *Quality of Life Research*, 13, 1001-1009.
- West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., Shanafelt, T. D., 2006. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy. A prospective longitudinal study. *Journal of American Medical Association*, 296(9), 1071–1078.
- Wood-Dauphinee, S. (1999). Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *Journal Clininca Epidemiology*, 52(4), 355-363.

- Wilson, K., Ganley, A., Mackereth, P., Rowsell, V. (2007). Subsidized complementary therapies for staff and volunteers at a regional cancer centre: a formative study. *European Journal of Cancer Care*, 16(3):291-9.
- Worthington, R. (2005). *Ethics and palliative care: A case-based manual*. Oxford: Radcliffe.
- Wright, T. A., & Cropanzano, R. (1998). Emotional Exhaustion as a predictor of job performance and voluntary turnover. *Journal of Applied Psychology*, 83(3), 486-493.
- Wrosch, C., & Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: the importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, 12(1), 59-72.
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H., & Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology & Health*, 16(5), 527-54.